

Deutsche Kinderhilfe

★ Gesundheitliche Prävention

★ Schutz von Kindern vor Gewalt und Missbrauch



Rundum abgesichert.

Der R+V-Kinder-Unfallschutz plus Kapitalvorsorge.
Sichert heute ab + sorgt für morgen vor.



www.ruv.de



Im FinanzVerbund der
Volksbanken Raiffeisenbanken

BESSE **R+V** VERSICHERT

Editorial

Liebe Leserinnen und Leser,

die Deutsche Kinderhilfe ist die unabhängige Stimme für Kinder. Sie benennt nicht nur offen Missstände, sondern zeigt auch Lösungsansätze auf. Mit dieser Publikation, die die Schwerpunkte „gesundheitliche Prävention“ am Beispiel des Frühförderprogramms und des Projekts Baby Hörtest sowie „Schutz von Kindern vor Gewalt und Missbrauch“ hat, leistet die Deutsche Kinderhilfe einen wichtigen Beitrag zur Aufklärung und stößt eine Debatte in Themenfeldern an, die bislang von der Öffentlichkeit zu wenig Beachtung fanden.

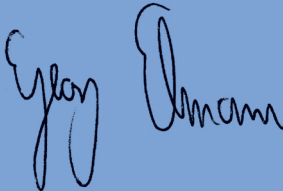
Die als skandalös zu bezeichnende Entscheidung des Gemeinsamen Bundesausschusses im August dieses Jahres, einen Antrag der Krankenkassen auf Einführung von qualifizierten Mindestmengen abzulehnen, wird, dies belegen entsprechende Studien, dazu führen, dass jährlich 100 frühgeborene Kinder in Deutschland zu Tode kommen könnten. Bei der Diskussion haben wirtschaftliche Interessen medizinische Fakten an den Rand gedrängt. Aufgrund der Komplexität der Materie ist diese Entscheidung von den Medien nur am Rande wahrgenommen worden. Hier erfahren Sie die Hintergründe für die dringende Notwendigkeit von Reformen.

Mit dem Scheitern des Kinderschutzgesetzes am Ende der vergangenen Legislaturperiode ist in trauriger Klarheit zu Tage getreten, dass der Wille zu echten Reformen der Kinder- und Jugendhilfe weder bei der Politik, noch bei den Sozialverbänden gegeben ist. Die neue Regierung hat die Verabschiedung eines solchen Gesetzes in den Koalitionsvertrag geschrieben. Informieren Sie sich darüber, welche Eckpunkte ein effektives Kinderschutzgesetz beinhalten muss.



Über Ihre Anregungen, Themenvorschläge und Kritik freuen wir uns, nehmen Sie dazu Kontakt mit unserem Hauptstadtbüro auf.

Herzlichst

Ihr 

Georg Ehrmann,
Vorstandsvorsitzender der Deutschen Kinderhilfe e.V.

Inhaltsverzeichnis

Seite 3 Editorial / Inhalt

Seite 4 Gesundheitliche Prävention

Seite 4 Die präventive Arbeit der Deutschen Kinderhilfe

Seite 4 Frühförderprogramm für Eltern frühgeborener und kranker neugeborener Kinder

Seite 5 [Stellungnahme der Deutschen Kinderhilfe](#)
Die Einführung von Mindestmengen in der Perinatalmedizin

Seite 9 [Christian F. Poets](#)
Regionalisierung in der Peri- und Neonatalmedizin

Seite 12 Projekt Baby Hörtest

Seite 15 Schutz von Kindern vor Gewalt und Missbrauch

Seite 15 [Stellungnahme der Deutschen Kinderhilfe](#)
Zur Notwendigkeit eines Kinderschutzgesetzes

Seite 17 [Rainer Becker](#)
Kinderschutzhotlines als erfolgreicher Teilbeitrag zur Verbesserung der Krisenintervention bei Kindeswohlgefährdungen

Seite 23 Sexualisierte Gewalt gegen Kinder

Seite 24 [Stellungnahme der Deutschen Kinderhilfe](#)
Zur Notwendigkeit einer Reform der nachträglichen Sicherungsverwahrung

Seite 25 [Stellungnahme der Deutschen Kinderhilfe](#)
Kampf gegen die Pädokriminalität im Internet: Forderungen der Deutschen Kinderhilfe

Seite 29 [Norbert Deneff](#)
Verjährungsfrist für sexuellen Missbrauch im Zivilrecht aufheben

Seite 30 Impressum / Bildnachweis

Die präventive Arbeit der Deutschen Kinderhilfe

Vorbeugung ist die beste Medizin – daher bilden Prävention und Gesundheitsförderung einen wichtigen Arbeitsschwerpunkt der Deutschen Kinderhilfe. Das Frühförderprogramm für Eltern frühgeborener und kranker neugeborener Kinder, das erfolgreiche Engagement für das Neugeborenen-Hörscreening und die langjährige Unterstützung der BAG Mehr Sicherheit für Kinder sind Beispiele für unsere präventive Projektarbeit.



Prävention ist im deutschen Gesundheitswesen noch keine Alltäglichkeit – insbesondere nicht bei Kindern.

Seit dem Jahr 2004 ist ein Präventionsgesetz angekündigt, bis heute wurde es jedoch nicht verabschiedet. Dieses ist daher eine wichtige Herausforderung für die neue Regierung. Wir fordern eine zügige Umsetzung der angekündigten Maßnahmen und setzen uns in unserer Öffentlichkeitsarbeit weiter für die Entwicklung und Durchführung präventiver Schritte ein.

Ernährung und Bewegung

Ein wichtiger Aspekt ist die epidemieartige Ausbreitung kindlicher Adipositas. Laut einer Studie des Robert Koch-Instituts sind 15 Prozent der Kinder und Jugendlichen in Deutschland zu dick oder bereits fettsüchtig. Das Problem hat auch die Politik erkannt. Der im Mai 2008 vorgestellte Nationale Aktionsplan der Bundesregierung greift jedoch zu kurz. Nur eine gezielte Interventionsstrategie von den beteiligten Fachgruppen – Eltern, Politik, Lehrer, Erzieher und Ärzte – kann eine nachhaltige Lösung des Problems erreichen. Die Deutsche Kinderhilfe hat in diesem Zusammenhang ein Positionspapier mit

einem Maßnahmen- und Forderungskatalog ausgearbeitet, das auf der Internetseite des Vereins abrufbar ist.

Impfpflicht

Seit Jahren fordert die Deutsche Kinderhilfe eine allgemeine Impfpflicht für Kinder in Deutschland. Impfen ist eine einfache und effektive vorbeugende Maßnahme gegen gefährliche Krankheiten, die verharmlosend als „Kinderkrankheiten“ bezeichnet werden. Krankheitsausbrüche stellen aufgrund mangelnder Durchimpfungsraten ein akutes Problem dar, das tödlich enden kann. Bei Masern erkrankt beispielsweise einer von 1.000 Patienten an Hirnhautentzündung, bei rund einem Fünftel der Patienten hat die Krankheit einen tödlichen Verlauf. Ein von der Deutschen Kinderhilfe konzipierter Aufklärungsflyer informiert Eltern über die notwendigen Impfungen und Vorsorgeuntersuchungen für Kinder.

Suchtmittelkonsum

Auch über das Thema Suchtmittelkonsum informiert die Deutsche Kinderhilfe die Öffentlichkeit: Noch immer gelten das Rauchen und das Trinken von Alkohol in der Schwangerschaft als Kavaliärsdelikte, mit fatalen Folgen: 4.000 Kinder kommen in Deutschland jährlich mit dem so genannten Fetalen Alkoholsyndrom zur Welt, verursacht durch Alkoholkonsum in der Schwangerschaft. Selbst das berühmte „Gläschen in Ehren“ ist dafür bereits ausreichend. Hier muss endlich eine konsequente Aufklärung als gemeinsamer Schritt von Politik und Industrie erfolgen. In enger Zusammenarbeit mit Geburtsmedizinerinnen und Hebammen müssen Schwangere von Anfang an auf das durch Suchtmittelkonsum hervorgerufene hohe Risiko hingewiesen werden.

Lernen Sie auf den nächsten Seiten das Frühförderprogramm für Eltern frühgeborener und kranker neugeborener Kinder sowie das Projekt Baby Hörtest, informieren Sie sich über die Diskussion um die Einführung von Mindestmengen in der Perinatalmedizin und lesen Sie den Gastbeitrag von Prof. Dr. Poets, Tübingen.

Frühförderprogramm für Eltern frühgeborener und kranker neugeborener Kinder

Ein Beispiel des Engagements im Bereich der Prävention der Deutschen Kinderhilfe ist das Frühförderprogramm für Eltern frühgeborener und kranker neugeborener Kinder.

Etwa 60.000 Frühgeborene werden jedes Jahr in Deutschland geboren. Sie bilden damit die größte kindliche Patienten-

gruppe in der Bundesrepublik. Manche Kinder kommen mit einem Geburtsgewicht von nur 500 Gramm auf die Welt. Die Überlebenschancen von Frühgeborenen sind durch die fortschrittliche medizinische Versorgung in den letzten 20 Jahren enorm gestiegen. Den Eltern bleibt jedoch meist nicht genug Zeit, sich auf ihre neue Rolle vorzubereiten. Sie

befinden sich in einer außerordentlichen Belastungssituation, begleitet von Ängsten und Schuldgefühlen. Eine Kontaktaufnahme zu Ihrem Kind wird häufig durch Apparaturen erschwert. Da eine enge Bindung zwischen Eltern und Kind von Anfang an jedoch entscheidend für die gesamte weitere Entwicklung des Neugeborenen ist, benötigen betroffene Eltern psychosoziale Unterstützung.

Hier setzt das Frühförderprogramm der Deutschen Kinderhilfe an: Auf den neonatologischen Intensivstationen der Universitätskliniken von Berlin, Leipzig, München und Dresden stehen den Eltern professionelle Elternberaterinnen zur Seite. Da die Krankenkassen diese Leistung nicht finanzieren, schließen wir hier eine große Lücke im Gesundheitswesen.

Die professionelle Betreuung der Eltern frühgeborener und kranker neugeborener Kinder bedeutet eine individuelle und multidisziplinäre Versorgung. Eine besondere Herausforderung der Elternberatung auf der neonatologischen Intensivstation stellt die multidisziplinäre Zusammenarbeit mit allen anderen beteiligten Professionen dar. Ziel ist es, alle Aspekte einer besonderen familiären Belastungssituation zu erfassen, damit eine zeitnahe und zielgerichtete Unterstützung angeboten werden kann. Die Elternberaterinnen, die neben ihrer Ausbildung als Sozialpädagoginnen ebenfalls die Zusatzqua-

lifikation einer Casemanagerin haben, stehen den Eltern in zahlreichen Fragen zur Seite. Nicht nur in der Situation direkt nach der Geburt benötigen Eltern Beratung, sondern auch in Fragen, die im Zusammenhang mit der Entlassung stehen – wie die Erledigung von Behördenangelegenheiten und die Alltagsbetreuung von entwicklungsverzögerten Kindern nach der Elternzeit – sind sie auf Orientierungshilfen angewiesen. Die professionelle Elternberatung fungiert insofern als Schnittstelle zum Jugendhilfesystem und gewährleistet eine professionelle Überleitung in Nachsorgeprogramme.

Das Projekt arbeitet ohne staatliche Zuschüsse und ist mehrfach als Beispiel für bürgerschaftliches Engagement ausgezeichnet worden. So wurde das Frühförderprogramm als Standort im "Land der Ideen 2007" von der Initiative "Deutschland - Land der Ideen" der Bundesregierung und der deutschen Wirtschaft unter der Schirmherrschaft von Bundespräsident Prof. Dr. Horst Köhler ausgezeichnet.

In Kooperation mit dem Bundesverband „Das Frühgeborene Kind“ als größtem Verband betroffener Eltern, der sein Hauptstadtbüro in den Räumen der Deutschen Kinderhilfe unterhält, setzen wir uns für eine flächendeckende von den Krankenkassen finanzierte psychosoziale Betreuung von Eltern Frühgeborener ein.

Stellungnahme der Deutschen Kinderhilfe

Die Einführung von Mindestmengen in der Perinatalmedizin

Ungefähr eins von 100 Neugeborenen kommt mit einem Gewicht von weniger als 1500 Gramm auf die Welt. Damit bilden Frühgeborene mit geringem Geburtsgewicht nur ein Prozent der Lebendgeborenen. Sie machen aber über 50 Prozent der Säuglingssterblichkeit aus. Zusätzlich ist die Gefahr von schwerer Erkrankung und Behinderung gegeben.

Die Anzahl der Kinder mit sehr geringem Geburtsgewicht hat sich in den letzten zehn Jahren fast verdoppelt. Dafür können vier wesentliche Gründe angeführt werden: Infektionen der Mutter; Plazenta-Insuffizienz; Mehrlingsschwangerschaften, insbesondere hervorgerufen durch moderne Verfahren der Reproduktionsmedizin; soziodemographische Faktoren.

Eine normale Schwangerschaft dauert 40 Wochen. Von einer Frühgeburt spricht man, wenn ein Kind vor der 37. Woche auf die Welt kommt. Je früher ein Kind geboren wird, umso kleiner und weniger entwickelt ist es. Normalerweise wiegen Neugeborene bei ihrer Geburt etwa 2500 Gramm und mehr. Frühgeborene werden nach ihrem Geburtsgewicht in drei Gruppen unterteilt:

- Neugeborene mit extrem geringem Geburtsgewicht (unter 1000 Gramm)

- Neugeborene mit sehr geringem Geburtsgewicht (1000 bis 1500 Gramm)
- Neugeborene mit geringem Geburtsgewicht (1500 bis 2500 Gramm)¹

Neugeborene, die unter 1500 Gramm wiegen, haben ein besonders hohes Risiko für nachgeburtliche Komplikationen. Es dauert etwa 32 Wochen, bis die Lungen eines Säuglings soweit herangereift sind, dass er eigenständig atmen kann. Sehr früh geborene Kinder haben aus diesem Grund häufig Probleme mit der Atmung. Andere Komplikationen bei Frühgeborenen können Hirnblutungen und Infektionen sein. Dank der fortschrittlichen neonatologischen Intensivmedizin ist es heute jedoch möglich, auch Frühgeborene mit einem sehr geringen Geburtsgewicht so gut zu versorgen, dass sie langfristig zu gesunden Kindern heranwachsen.

Dafür ist eine optimale Versorgung vom ersten Lebenstag an entscheidend. Für die umfassende Versorgung eines Frühgeborenen gibt es in Deutschland so genannte Perinatalzentren.

Ein Perinatalzentrum ist eine interdisziplinäre Einrichtung, welche die Fachdisziplinen Geburtshilfe, Neonatologie (Neu-



geborenen-Intensivmedizin) und Anästhesie (Narkosemedizin) unter einem Dach zusammenführt. Somit können die Überwachung, Diagnostik und Therapie von Mutter und Kind während der Schwangerschaft, Geburt und Neonatalperiode in unmittelbarer Nähe an einem Ort gewährleistet werden, ohne dass die Verlegung in eine andere Klinik notwendig wird. Für Frühgeborene bedeutet dies, dass sie in den ersten Lebenstagen nicht den Risiken eines Transports ausgesetzt werden. Das Perinatalzentrum ist personell (Ärzte, Pflege, Hebammen) und funktionell entsprechend den spezifischen Anforderungen ausgestattet und in einem Krankenhaus mit Maximalversorgung angesiedelt. Frühgeborene stellen in Abhängigkeit ihres Geburtsgewichts und ihrer Schwangerschaftswoche verschiedene Bedürfnisse an das sie betreuende Team. Daher werden die perinatologischen Kliniken in verschiedene Level der Spezialisierung eingeteilt.

Die vom Gemeinsamen Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen (G-BA) beschlossene „Vereinbarung über Maßnahmen zur Qualitätssicherung der Versorgung von Früh- und Neugeborenen“² legt auf dieser Grundlage die folgende Aufteilung fest.

Die vom Gemeinsamen Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen (G-BA) beschlossene „Vereinbarung über Maßnahmen zur Qualitätssicherung der Versorgung von Früh- und Neugeborenen“² legt auf dieser Grundlage die folgende Aufteilung fest.

Perinatalzentrum Level 1

Es handelt sich um ein Perinatalzentrum, das Neugeborene betreut mit

- <1250 Gramm Geburtsgewicht
- < 29+0 SSW

Es sind mindestens 6 Intensivplätze vorhanden.

Perinatalzentrum Level 2

Es handelt sich um ein Perinatalzentrum, das Neugeborene betreut mit

- 1250 - 1499 Gramm Geburtsgewicht
- 29+0 < 32+0 SSW

Es sind mindestens 4 Intensivplätze vorhanden.

Perinataler Schwerpunkt

Perinatale Schwerpunkte befinden sich in Krankenhäusern, die eine Geburtsklinik mit Kinderklinik im Haus oder kooperierender Kinderklinik vorhalten. Hier werden unreife Neugeborene betreut mit

- ≥ 1500 Gramm Geburtsgewicht
- 32+1 bis < 36+0 SSW

Es sind Beatmungsmöglichkeiten vorhanden.

Geburtsklinik

In Geburtskliniken, die nicht die für den Perinatalen Schwer-

punkt definierten Anforderungen erfüllen, dürfen, auch wenn sie über eine Kinderklinik verfügen, nur noch Schwangere > 36+0 SSW und ohne zu erwartende Komplikationen beim Neugeborenen entbunden werden.

Frühgeborene sollten immer in einem Krankenhaus mit perinatalem Schwerpunkt geboren werden. Sehr kleine (< 1500 Gramm Geburtsgewicht) und/oder sehr unreife (< 29 SSW) Neugeborene sollten in ein Perinatalzentrum verlegt werden.

Frühgeburten kündigen sich in aller Regel an. Wenn eine Frau ein hohes Risiko für eine Frühgeburt aufweist, ist es besonders wichtig, dass sie ihr Kind in einem Krankenhaus mit einem gut ausgestatteten Perinatalzentrum zur Welt bringt. Denn dort arbeiten interdisziplinäre Spezialistenteams, die sehr kleine oder sehr früh geborene Kinder bestmöglich versorgen und überwachen können.

Fachleute diskutieren schon länger darüber, welche Rolle die Erfahrung und Übung von Ärzten, Hebammen und Pflegekräften für die Qualität der Versorgung von Frühgeborenen spielt. Ziel der Auseinandersetzung ist es, bei der Versorgung von Säuglingen mit einem sehr geringen Geburtsgewicht und von Frühgeborenen, die vor der vollendeten 32. Schwangerschaftswoche geboren werden, sogenannte Mindestmengen an Betreuungen einzuführen. Denn dadurch wird erst die Grundlage entsprechender Erfahrung und Kompetenz geschaffen. Dies würde bedeuten, dass Krankenhäuser diese Säuglinge nur noch dann versorgen dürfen, wenn sie jedes Jahr eine festgelegte Mindestanzahl an Frühgeborenen behandeln. Die Folge wäre eine Zentralisierung von Kliniken auf wenige hoch spezialisierte Facheinrichtungen, die für die Versorgung von Kindern mit geringem Geburtsgewicht zuständig wären. In anderen europäischen Staaten ist eine solche Regionalisierung mit nachweisbarem Erfolg für das Outcome der Kinder geschehen. So konnte Portugal nach einer Zentralisierung der Frauenkliniken von 200 auf 51 eine Senkung der Mortalitätsrate von Frühgeborenen unter 1500 g von 26.9% auf 15.4% erzielen.³ Damit zählt Portugal zu den Ländern mit der niedrigsten Säuglingssterblichkeit in Europa.

Ein weiteres Beispiel ist Schweden, wo es nach einer strikten Regionalisierung von Kliniken lückenlose Mortalitätsstatistiken, eine niedrige Neugeborenen-Mortalität und ein sehr gutes Ergebnis insbesondere bei Frühgeborenen gibt.⁴

Mehrere aktuelle Studien aus Deutschland belegen ebenfalls einen direkten Zusammenhang zwischen der jährlichen Fallzahl einer Klinik und der Überlebensrate und gesundheitlichen Entwicklung der Frühgeborenen.⁵ Eine Untersuchung aus Baden-Württemberg zeigt für die Gruppe der sehr kleinen Frühgeborenen mit einem Geburtsgewicht unter 1500 Gramm, dass das Mortalitätsrisiko für ein Kind, das



auf einer Frühgeborenen-Station mit weniger als 50 derartigen Patienten pro Jahr versorgt wird, etwa 80 % höher liegt als für eines, das auf einer größeren Station betreut wird.⁶

Zur verbindlichen Einführung solcher "Mindestmengen" konnte sich der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) bereits in seinem Beschluss vom September 2005 nicht durchringen.⁷ In Deutschland wehren sich Interessensverbände, insbesondere die Deutsche Krankenhausgesellschaft, gegen die Einführung dieser Mindestmengen. Grund dafür ist die Einführung von Krankenhaus-Fallpauschalen (DRGs), bei der die Vergütung an Diagnosen orientiert ist. Bis zu 100.000 Euro kann die Kostenpauschale für ein frühgeborenes Kind betragen. Auf diese gewinnträchtige Patientengruppe wollen kleinere Einrichtungen mit geringen Fallzahlen nicht verzichten. Das Resultat ist, dass statt weniger, hoch spezialisierter Einrichtungen mit ausreichend Erfahrungen, immer mehr Kliniken Risikoschwangere und unreife Neugeborene behandeln, die nicht über ausreichende Praxis auf diesem besonderen Gebiet verfügen.

Inzwischen hat sich der G-BA des Themas erneut angenommen und für eine abschließende Bewertung eine Expertise beim Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) zusammen mit Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern der Universität Düsseldorf in

Auftrag gegeben. Der Abschlussbericht des IQWiGs liegt inzwischen vor. Bei der Frage, ob mehr Fälle eine bessere Qualität liefern können, kommt er zu dem Ergebnis, dass in der Gesamtschau die Daten „bezüglich der primären Zielgröße „Mortalität“ unter Berücksichtigung der Studien- und Publikationsqualität sowie ihres Populationsbezugs deutliche Hinweise auf einen statistischen Zusammenhang [geben], der sich als Trend einer Risikoreduktion mit steigender Leistungsmenge darstellt. Die Daten zur Morbidität sind spärlich, nicht eindeutig und lassen hinsichtlich eines Zusammenhangs zwischen der Leistungsmenge und Ergebnisqualität keine abschließende Beurteilung zu“.⁸

Da keine der untersuchten Studien darauf angelegt war, eine konkrete Mindestmenge zu ermitteln, kommt das IQWiG in seinem Resümee offenbar zu diesem vorsichtigen Ergebnis. Laut dem G-BA Beschluss vom 20.08.2009 soll sogar ab dem 1.1.2010 eine verbindliche Mindestmenge von 14 Fällen pro Jahr die Voraussetzung dafür sein, dass Krankenhäuser Früh- und Neugeborene versorgen dürfen.

Experten hingegen fordern eine Zahl von mindestens 50 Fällen pro Jahr. Mehrere deutsche Fachpublikationen untermauern diese Forderung mit Fakten. Aus den Studien geht hervor, dass vor allem sehr kleine Frühgeborene, die in Häusern mit wenigstens 50 Fällen behandelt wurden, sowohl eine größere



Chance auf Überleben als auch auf ein Leben ohne Einschränkungen haben.⁹ Diese Ergebnisse werden durch eine amerikanische Studie bestätigt, die im international renommierten New England Journal of Medicine erschienen ist.¹⁰

Neben der praktischen Erfahrung des Krankenhauspersonals beeinflussen eine Reihe weiterer Faktoren – unabhängig von der Anzahl der betreuten Frühgeborenen – die Qualität der Versorgung. Dazu gehören klare Führungs- und Kommunikationsstrukturen, die Ausbildung des Personals und die Ausstattung der Frühgeborenenstation.

Wichtig ist zudem, dass ein Perinatalzentrum rund um die Uhr gewährleisten kann, dass genug Fachkräfte – d.h. ausgebildete Neonatologen und Pflegekräfte auch in der Nachtschicht, am Wochenende und an Feiertagen – verfügbar sind.¹¹

Prof. Michael Obladen, ehem. Leiter der Neonatologie der Universitätsmedizin Berlin Charité an den Standorten Virchow und Benjamin Franklin, fasst die Ergebnisse in seiner umfangreichen Untersuchung der wichtigsten Studien zum Thema zusammen: "Die Literatur belegt nicht, dass die Ergebnisse umso besser werden, je größer ein Zentrum ist. [...] Die Literatur belegt aber ganz klar, dass es eine Untergrenze an Erfahrung gibt, unterhalb derer gute Ergebnisse bei sehr unreifen Frühgeborenen unwahrscheinlich werden. Dies gilt bei den Geburtskliniken für die jährliche Mindestzahl der Geburten und bei den Neonatologien für die jährliche Mindestzahl von sehr untergewichtigen Frühgeborenen." Das Fazit von Prof. Obladen lautet: „Die Behandlung kritischer kranker Neu- und Frühgeborener sollte in den hierfür vorgesehenen Zentren erfolgen, die die im G-BA-Beschluss vom 20.09.2005 geforderten strukturqualitativen Merkmale erfüllen. [...] Neben den Strukturmerkmalen sollte [...] für die Behandlung kritisch kranker Kinder im Perinatalzentrum Level 1' eine jährliche Mindestmenge von 50 VLBWs festgeschrieben werden, um den jeweiligen Behandlungsteams die nötige Expertise zu ermöglichen".¹² Die AOK hat in der sog. Heller Studie dezidiert nachgewiesen, dass die Einführung von Mindestmengen ganz konkret Leben rettet. Bei einer Mindestmenge von 31 Geburten pro Jahr wären dies 91 Kinder, bei 49 gar 110 potentiell vermeidbare Todesfälle. Erst diese Erfahrung schafft die Grundlage für entsprechende Kompetenz in der peri- und neonatalen Versorgung.

Fazit:

Da die Erfahrung und Übung von Ärzten, Hebammen und Pflegekräften und damit die Qualität der Versorgung von Frühgeborenen eine entscheidende Rolle für die Überlebenschancen des Neugeborenen spielen, unterschreitet die neu festgelegte Mindestmenge von 14 Fällen pro Jahr die von Experten geforderte Anzahl von 50 Geburten pro Jahr drastisch. Studien be-

legen, dass die Überlebenschancen und Lebensqualität der Kinder steigen, wenn sie in spezialisierten Zentren betreut werden. Daher fordert die Deutsche Kinderhilfe eine schnelle Entscheidung der politisch Verantwortlichen, die Mindestmenge von 50 Fällen im Jahr in der neonatologischen Intensivmedizin verbindlich einzuführen. Vermeintliche finanzielle Vorteile einer Klinik dürfen keine Rolle spielen. Denn das Überleben und die Gesundheit eines frühgeborenen Kindes darf nicht davon abhängen, in welcher Klinik es zur Welt kommt.

¹ Vgl. dazu die Kategorien Extremely Low Birth Weight (ELBW); Very Low Birth Weight (VLBW) und Low Birth Weight (LBW).

² Vgl. „Vereinbarung über Maßnahmen zur Qualitätssicherung der Versorgung von Früh- und Neugeborenen vom 20. September 2005, zuletzt geändert am 19. Februar 2009, in Kraft getreten am 27. Mai 2009".

³ M.T. Neto, „Perinatal care in Portugal: Effects of 15 years of a regionalized system", in: Acta Paediatrica 95 (2006), S. 1349 – 1352.

⁴ Siehe O. Finnstrom, G. Berg, P. Otterblad-Olausson, „Size of delivery unit and neonatal outcome in Sweden. A catchment area analysis", in: Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica 85 (2006), S. 63-67; S. Johansson, S.M. Montgomery, A. Ekblom, P. Otterblad-Olausson, F. Granath, M. Normann, S. Cnattingius, „Preterm delivery, level of care, and infant death in Sweden: A population based study, in: Pediatrics 9 (2007), S. e257-e263.

⁵ C.F. Poets, D.B. Bartels, Zum Zusammenhang zwischen Klinikgröße und Behandlungsergebnis, in: Zeitschrift für Geburtshilfe und Neonatologie 211 (2007), S. 106-107; M. Obladen, „Mindestmengen in der Versorgung sehr untergewichtiger Frühgeborener: Eine Literaturübersicht", in: Zeitschrift für Geburtshilfe und Neonatologie 211 (2007), S. 110-117; N. Teig, H.-G. Wolf, H.-J. Bucker-Nott, „Mortalität bei Frühgeborenen (32 Schwangerschaftswochen in Abhängigkeit von Versorgungsstufe und Patientenvolumen in Nordrhein-Westfalen", in: Zeitschrift für Geburtshilfe und Neonatologie 211 (2007), S. 118-122; G. Heller, C. Günster, B. Misselwitz, A. Feller, S. Schmidt, „Jährliche Fallzahl pro Klinik und Überlebensrate sehr untergewichtiger Frühgeborener (VLBW) in Deutschland – Eine bundesweite Analyse mit Routinedaten", in: Zeitschrift für Geburtshilfe und Neonatologie 211 (2007), S. 123-131; H.D. Hummler, C.F. Poets, M. Vochem, R. Hentschel, O. Linderkamp, „Mortalität und Morbidität sehr unreifer Frühgeborener in Baden-Württemberg in Abhängigkeit von der Klinikgröße. Ist der derzeitige Grad der Regionalisierung ausreichend?", in: Zeitschrift für Geburtshilfe und Neonatologie 210 (2006), S. 6-11.

⁶ Siehe Hummer, Poets, et al. (2006).

⁷ Siehe Gemeinsamer Bundesausschluss (2005/2006).

⁸ IQWiG: Zusammenhang zwischen Leistungsstärke und Ergebnis bei der Versorgung von Früh- und Neugeborenen mit sehr geringem Geburtsgewicht, Abschlussbericht, 14.08.2008 Auftrag V07-01, Version 1.0, S. vi.

⁹ Siehe dazu N. Teig et al. (2007); M. Obladen (2007).

¹⁰ C.S. Phibbs, L.C. Baker, A.B. Caughey, B. Danielsen, Susan K. Schmitt, Roderic, H. Phibbs, „Level and Volume of Neonatal Intensive Care and Mortality in Very-Low-Birth-Weight Infants", in: The New England Journal of Medicine 356 (2007), S. 2165-2175.

¹¹ Siehe dazu M. Obladen (2007).

Christian F Poets –

Regionalisierung in der Peri- und Neonatalmedizin

Die Geburtenzahl in Deutschland wird langfristig abnehmen. Gleichzeitig steigt der Anteil der Frühgeburten. Gestiegen ist auch das Sicherheitsbedürfnis der Familien – „eine Kinderabteilung sollte sicherheitshalber im Hause sein“ hört man oft. Dieses Sicherheitsdenken ist nicht unberechtigt, gibt es doch keinen gefährlicheren Moment im Leben als die Geburt.

Das ist die Ausgangslage im derzeit stattfindenden Verdrängungswettbewerb in der perinatalen Versorgung. Die GNPI ist dabei als Fachgesellschaft dem Wohl des Faches verpflichtet, das sie vertritt und damit der Qualität der perinatalen Versorgung. Hier gibt es in den letzten Jahren zunehmend verlässliche Daten, nicht nur aus internationalen, sondern auch aus nationalen Studien, die letztlich eine alte Volksweisheit bestätigen: Übung macht den Meister. Bezogen auf die Geburtenzahl eines Hauses heißt dies, dass eine Klinik, die weniger als 500 Geburten im Jahr betreut, eine 3½-fach höhere neonatale Mortalität aufweist als eine, die >1500 Geburten hat [1]. Bezogen auf die Gruppe der sehr kleinen Frühgeborenen (<1500 g) heißt das, dass das Sterberisiko für ein Kind, das auf einer Frühgeborenenstation mit weniger als 36 oder 50 derartigen Kindern pro Jahr versorgt wird, ca. 80% höher liegt als für eines, das auf einer

größeren Station versorgt wird [2,3]. Ähnliches gilt auch für die Häufigkeit von Komplikationen wie z.B. schweren Hirnblutungen [4]. Und es gilt für alle Geburten unter 29 Wochen, nicht nur für die mit 24 oder 25 Wochen [2]. Eine große Untersuchung aus Kalifornien bestätigt die deutschen Daten: hier wurde berechnet, dass sich die Gesamt-Sterblichkeit der Kinder <1500 g sofort um 20% senken ließe, wenn alle in großen Zentren zur Welt kämen [5]. Dies ist Anlass genug für die GNPI, sich für eine stärkere Regionalisierung in der Perinatalmedizin einzusetzen.

Ein oft vorgebrachtes Argument gegen diesen Ruf nach stärkerer Zentralisierung ist, dass letztlich nicht Größe, sondern Qualität zählt. Sicher ist Größe nur ein Surrogatparameter für Qualität. Nur lässt sich letztere gerade bei kleinen Fallzahlen aufgrund der dabei auftretenden statistischen Streubreite kaum verlässlich beurteilen. Hinzu kommen Probleme bei der Korrektur für unterschiedliche Krankheitsschweregrade, die notwendig, aber bei kleinen Fallzahlen nicht methodisch valide durchführbar ist.

Auch hohe Anforderungen an die Strukturqualität, ursprünglich vom gemeinsamen Bundesausschuss (GBA) favorisiert, helfen nicht weiter, wenn die auf einer hohen Fallzahl

Anzeige

Leben mit Kindern

Motivation für Kinder und Jugendliche



Rupert Voß, Initiator der Work and Box Company
HERZ-SCHLAG
 Mein Engagement für Menschlichkeit
 Unter Mitarbeit von Sibylle Dietermann
 288 Seiten. Geb. mit Schutzumschlag
 € 17,95 [D]/€ 18,50 [A]/*CHF 34,80
 ISBN 978-3-466-30842-2



Dr. Leonard Sax
JUNGS IM ABSEITS
 5 Gründe, warum unsere Söhne
 immer antriebsloser werden
 Die aufrüttelnde Analyse eines Kinderarztes
 288 Seiten. Geb. mit Schutzumschlag
 € 17,95 [D]/€ 18,50 [A]/*CHF 34,80
 ISBN 978-3-466-30822-4

* = Empl., Verkaufspreis



SACHBÜCHER UND RATGEBER
kompetent & lebendig.

Besuchen Sie uns unter
www.koesel.de
 Kösel-Verlag München, info@koesel.de



beruhende Erfahrung fehlt und ökonomische Gesetzmäßigkeiten (hohe Vorhaltekosten erfordern hohe Fallzahlen) ignoriert werden. Daher gibt es zur Fallzahl als Steuerungsinstrument in der Perinatalogie (leider) derzeit keine Alternative.

Als Fachgesellschaft und als ethisch verantwortlich handelnde Ärzte müssen wir daher aus den eingangs genannten Zahlen Konsequenzen ziehen und für eine bessere Regionalisierung in der Geburtsmedizin insgesamt und in der Frühgeborenenversorgung im Besonderen eintreten. Woher dann die Widerstände, die dies hervorruft?

Vordergründig geht es zunächst um Geld, das die Versorgung eines sehr kleinen Frühgeborenen einspielt. Aber stimmt das auch noch, wenn man nicht nur die Einnahmen, sondern auch die Kosten berücksichtigt? Dem Tübinger Universitätsklinikum bringt die Versorgung der Kinder <1500 g jährlich über 400.000 € Verlust in der sog. Deckungsbeitragsrechnung, die versucht, den Einnahmen die tatsächlichen Kosten gegenüber zu stellen. Gewinn macht es dagegen mit Kindern zwischen 1500 und 2500 g. Dies mag bei Vorhalten einer anderen Strukturqualität anders sein. Wird diese aber vorgehalten (mit den entsprechenden Auswirkungen auf das Behandlungsergebnis), dann dürfte die Deckungsbeitragsrechnung andernorts nicht viel besser ausfallen. Mehr Wissen um diese ökonomischen Zusammenhänge würde sicher zu einer mehr sachlichen und weniger emotionalen Diskussion beitragen.

Wie könnte eine für alle verträgliche Lösung aussehen? Zunächst indem die Ärzte ihre spezifische Kompetenz verantwortlich einsetzen, um als Verhandlungspartner ernst genommen zu werden, und z.B. ein Zertifizierungsverfahren für Perinatalzentren aufbauen. Eine ökonomisch sinnvolle Lösung könnte dann in einer Netzwerkbildung zwischen Zentren und umliegenden Häusern liegen. Zentren wären dabei definiert als eine Geburtshilfe mit mindestens 1000-1500 Geburten und einer Neonatologie mit 35-50 Kindern <1500 g pro

Jahr. Der genaue Grenzwert wäre noch evidenzbasiert und unter Berücksichtigung der bisherigen Versorgungsstrukturen festzulegen. Droht eine sehr frühe Geburt, würde die Schwangere ins Zentrum verlegt. Käme es nicht dazu, würde sie nach Erreichen von 29 Wochen Gestationsalter heimatnah weiter betreut werden. Käme es dagegen zur Geburt, bliebe das Kind je nach Verlauf für die ersten 4-6 Wochen im Zentrum und würde danach ins Heimatkrankenhaus verlegt. Beide Häuser müssten zuvor gemeinsame Therapiestandards festlegen, damit für die Familien kein Bruch in der Versorgungskontinuität sichtbar wird. Die anschließende Kontrolle des kindlichen 2- bzw. 6-Jahres-Outcomes, unverzichtbar zur Qualitätssicherung der peri- und neonatalen Versorgung, könnte dann wieder ambulant im Zentrum stattfinden.

Im Moment wird dieses Modell einer partnerschaftlichen Zusammenarbeit durch das DRG-System behindert. Die Verlegungsabschläge fürs Zentrum sind so hoch, die Vergütung für das weiterbehandelnde Krankenhaus so niedrig, dass es sich für beide Seiten bislang nicht rechnet. Das INEK gibt an, keine belastbaren Daten hierfür zu haben – offenbar weil so etwas bislang kaum jemand macht. Die Finanzierung der Nachsorge ist noch gar nicht geregelt. Beides muss auf der politischen Ebene gelöst werden. Im „lernenden DRG-System“ müsste die Kalkulation der Kosten zu einer aufwandsadäquaten Anpassung der jeweiligen Fallpauschalen führen, wenn die verantwortlichen Ärzte ein solches Konzept in ihren Häusern tatsächlich umsetzen. Voraussetzung für das Funktionieren des hier skizzierten Modells ist eine Kultur der Kooperation, nicht der Konfrontation. Es ist diese - letztlich der Qualität verpflichtete - Kultur, zu der Geburtshelfer und Neonatologen wieder zurückfinden müssen, um für Politik und Öffentlichkeit glaubwürdig zu bleiben – im Interesse der uns anvertrauten Kinder und ihrer Familien.

Erschienen in der Zeitschrift "Chefsache", Ausgabe 1/ 2008

Literatur

1. Heller G, Richardson DK, Schnell R, Misselwitz B, Künzel W, Schmidt S. Are we regionalized enough? Early-neonatal deaths in low-risk births by the size of delivery units in Hesse, Germany 1990-1999. *Int J Epidemiol* 2002;31:1061-1068
2. Bartels DB, Wypij D, Wenzlaff P, Dammann O, Poets CF. Hospital volume and neonatal mortality among very low birth weight infants. *Pediatrics* 2006;117:206-14
3. Teig N, Wolf AG, Bucker-Nott HJ. Mortalität bei Frühgeborenen < 32 Schwangerschaftswochen in Abhängigkeit von Versorgungslevel und Patientenvolumen in Nordrhein-Westfalen. *Z Geburtsh Neonatol* 2007; 211: 118-122
5. Hummler HD, Poets C, Vochem M, Hentschel R, Linderkamp O. Mortalität und Morbidität sehr unreifer Frühgeborener in Baden-Württemberg in Abhängigkeit von der Klinikgröße. Ist der derzeitige Grad der Regionalisierung ausreichend? *Z Geburtshilfe Neonatol* 2006;210:6-11
6. Phibbs CS, Baker LC, Caughey AB, Danielsen B, Schmitt SK, Phibbs RB. Level and Volume of Neonatal Intensive Care and Mortality in Very-Low-Birth-Weight Infants. *N Engl J Med* 2007;356:2165-75



Christian F Poets

Der Autor ist Ärztlicher Direktor der Neonatologie der Universitätsklinik für Kinder- und Jugendmedizin Tübingen

UNTERM STRICH ZÄHL ICH.

Meine Bank denkt an mich.
Auch wenn ich gerade nicht
an sie denke.

- www.postbank.de
- 01803 2881 (9 Cent/Min.)*
- Postbank Finanzcenter
- Postbank Finanzberatung,
gerne auch bei Ihnen zu Hause

 **Postbank**

*Der Preis bezieht sich auf Anrufe aus dem Festnetz der Dt. Telekom; ggf. abweichende Mobilfunktarife.

Projekt Baby Hörtest

Eine Hörstörung ist die häufigste angeborene Sinnesbehinderung. Mit einem einfachen und schmerzfreien Test – dem so genannten Neugeborenen-Hörscreening – ist es jedoch möglich, eine schwere Hörstörung bereits in den ersten Lebenstagen nach der Geburt auszuschließen.

Dieser frühe Erfassungszeitraum ist wichtig: Wird eine Hörstörung frühzeitig erkannt und in den ersten drei Lebensmonaten versorgt, kann das betroffene Kind normal hören und in der Folge sprechen lernen. Dies hat Einfluss auf den gesamten weiteren Lebensweg des Kindes, auf sein seelisches Gleichgewicht und seine schulische Bildung. Durch die rechtzeitige Behandlung können die Folgen einer Hörstörung minimiert werden.

Aus diesem Grund hat sich die Deutsche Kinderhilfe gemeinsam mit der Aktion Frühkindliches Hören über mehrere Jahre dafür eingesetzt, dass dieser notwendige und einfache Test auch in Deutschland zu den Pflichtuntersuchungen nach der Geburt zählt. Mit Erfolg: Am 20. Juni 2008 gab der Gemeinsame Bundesausschuss bekannt, dass das Neugeborenen-Hörscreening ab dem 1. Januar 2009 zu den verpflichtenden Vorsorgeuntersuchungen in Deutschland zählt. Der Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses ist das Ergebnis unserer ständigen Bemühungen, die Entscheidungsträger im Gesundheitswesen und die Öffentlichkeit über diese unnötige und einfach zu schließende Lücke zu informieren.

Darüber hinaus müssen nun auch die wichtigen, sich anschließenden Folgemaßnahmen – Therapie und Frühförderung – sichergestellt und Qualitätsstandards definiert werden.

Nähere Informationen

Das Hörscreening wird in den ersten Lebenstagen durchgeführt. Die Testverfahren (OAE = Otoakustische Emissionen bzw. A-ABR = Hirnstammaudiometrie) werden am schlafenden Säugling durchgeführt und sind einfach, schnell und schmerzfrei.

Ist der Hörtest auffällig, folgen weitere Schritte:

- pädaudiologische Volldiagnose bis zum 3. Lebensmonat
- Therapie und Rehabilitation durch hörtechnische Versorgung ab dem Zeitpunkt der Feststellung
- Frühförderung ab dem Zeitpunkt der Feststellung

Durch die interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen Me-



dizinern, Hörakustikern und Frühförderstellen werden diese Maßnahmen sicher gestellt.

Worauf Eltern achten müssen

Hörstörungen bei Säuglingen und Kleinkindern fallen oftmals kaum auf. Deshalb muss die Entwicklung des Kindes ständig beobachtet und hinterfragt werden. Die Sprachentwicklung ist ein Zeichen der geistigen Entwicklung, die sehr stark von der Hörentwicklung abhängt.

Auch wenn das Kind nicht gut hören kann, gibt es viele Möglichkeiten zum Ausgleich. Informationen geben Fachärzte, Pädakustiker und Frühförderstellen für Hörgeschädigte.

Wichtig

- die ersten 180 Tage entscheiden über die Zukunft Ihres Kindes
- klare, aussagefähige, sichere fachärztliche Diagnose
- geeignete kindgerechte Hörsysteme
- Kontakt zum Hörgeräteakustiker / Pädakustiker
- Kontakt zur Frühförderstelle für Hörgeschädigte



Eine Bildungsinitiative von
Microsoft Deutschland
 und Partnern

Kooperationsprojekt Schlaumäuse

Anlässlich des Neujahrsempfangs der Deutschen Kinderhilfe am 12. Februar 2009 im Haus der Bundespressekonferenz gaben Microsoft und die Deutsche Kinderhilfe die Partnerschaft bei der unter der Schirmherrschaft von Bundesfamilienministerin Ursula von der Leyen stehenden Initiative „Schlaumäuse – Kinder entdecken Sprache“ bekannt.

Das 2003 von Microsoft Deutschland gemeinsam mit Partnern aus Politik, Wirtschaft und Wissenschaft initiierte, ausgesprochen erfolgreiche Projekt „Schlaumäuse“, deren Kernbestandteil eine Lernsoftware ist, die die Sprachkompetenz mittels spielerischem Umgang mit Computern fördert, wird nun erweitert: Gemeinsam mit der Deutschen Kinderhilfe und dem Berufsverband Deutscher Hörgeschä-

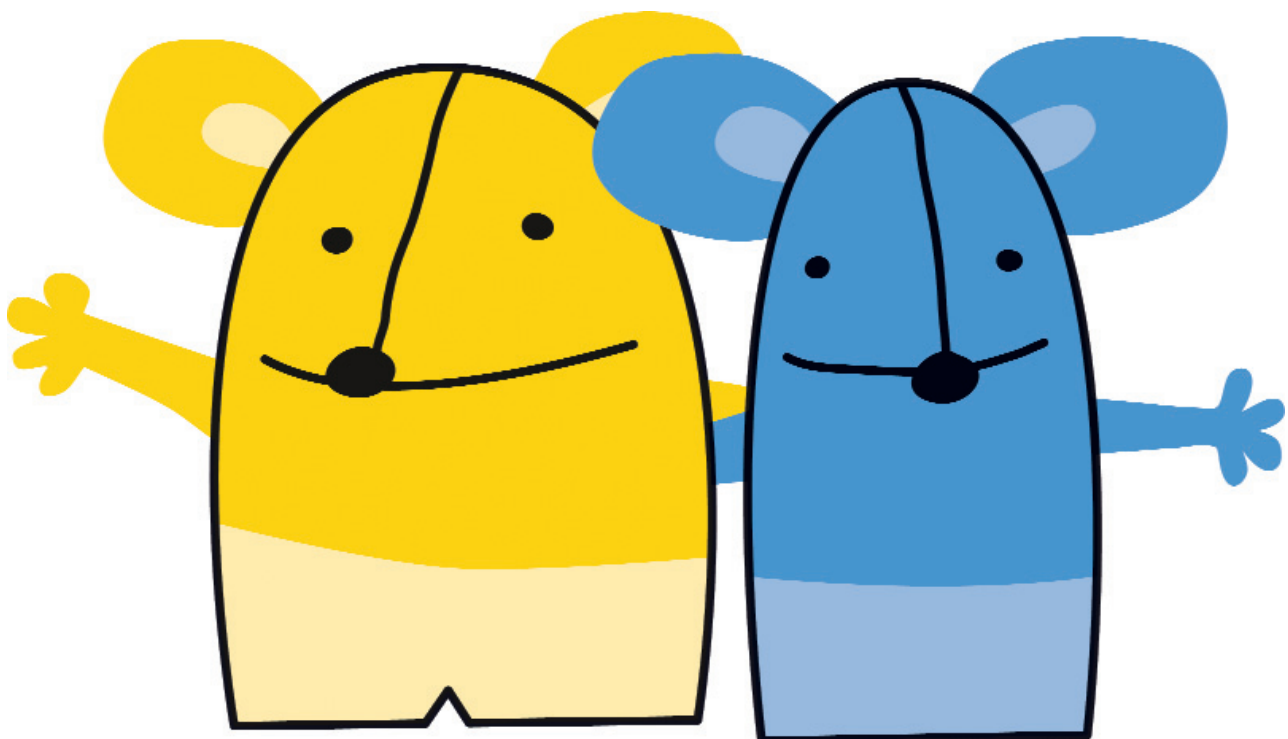
digtenpädagogen wird das von Microsoft in Zusammenarbeit mit Lernexperten wie dem Cornelsen Verlag und der Technischen Universität Berlin entwickelte Sprachlernprogramm nun auch für die Sprachentwicklung hörgeschädigter Kinder eingesetzt. Ziel des Gemeinschaftsprojektes ist es, die rund 12.500 hörgeschädigten Kinder in Deutschland, Österreich und der Schweiz bei ihrer Sprachentwicklung zu unterstützen.

Da 90 % der hörgeschädigten Kinder ein hörendes Umfeld haben und integrativ beschult werden, ist auch der Ansatz des Projekts integrativ. Insgesamt umfasst die Zielgruppe damit ca. 20.000 betroffene Schülerinnen und Schüler. Kinder mit einer Hörschädigung benötigen zur Festigung der Sprachstrukturen im Gehirn zahlreiche Wiederholungen und vielfältiges Übungsmaterial. Nur so erhalten sie Schritt für Schritt Sicherheit im Umgang mit der Sprache. Der frühe Erwerb der Schriftsprache dient der sicheren Information und Speicherung der Sprache, da das Hören oft noch keine gesicherten sprachlichen Strukturen ermöglicht. Das Programm "Schlaumäuse" kann so bereits in der Frühförderung von Hörgeschädigtenpädagogen in Kindergärten und vorschulischen Einrichtungen eingesetzt werden, um die Alltagssprache zu festigen. Auch in der Grundschule und der Grundstufe an Hörgeschädigtenschulen wird dieses Lernprogramm dazu beitragen, dass das Hören intensiv trainiert und verbessert wird sowie die Sprachstrukturen gefestigt werden.

Microsoft®

Cornelsen

ComputerLernWerkstatt



Schlaumäuse

Kinder entdecken Sprache

Eine Bildungsinitiative von
Microsoft Deutschland
und Partnern

Jeder Kindergarten kann an der Schlaumäuse-Bildungsinitiative teil nehmen und die Einrichtung kostenlos mit der preisgekrönten Schlaumäuse-Software ausstatten lassen.



Bundesministerium
für Familie, Senioren, Frauen
und Jugend

Die Anmeldung erfolgt mit wenigen Klicks unter www.schlaumaese.de. Der Kindergarten erhält von uns umgehend ein Schlaumäuse-Sprachkompetenzpaket. Begleitend führt unsere Online-Schulung Schritt für Schritt durch das Programm und bietet den Erzieherinnen und Erziehern fundierte pädagogische Hintergrundinformationen und didaktische Tipps zur Sprachförderung der Kinder. Zur Bescheinigung der von Ihnen erworbenen Kompetenzen jeder Teilnehmer nach Abschluss der Schulung ein persönliches Schulungszertifikat. Alle Angebote im Rahmen unserer Initiative sind hierbei selbstverständlich **kostenlos**.

Haben Sie noch Fragen? Wir helfen Ihnen gern weiter!

Unser freundliches Team steht Ihnen bei Fragen jederzeit gerne zur Seite: info@schlaumaese.de
Zahlreiche weitere Informationen finden Sie außerdem auf unserer Webseite unter www.schlaumaese.de

Schrift hörbar zu machen – und das so oft sie wollen.

Die Schlaumäuse

Spielerische Sprachförderung für Kinder

Sprache zu lernen ist eine der bedeutendsten Herausforderungen in der Entwicklung eines Kindes. Denn die Sprache ist das Fundament allen weiteren Lernens. Sie ist zentral für die schulische Bildung, die berufliche Zukunft und für das Leben in unserer Gesellschaft. Umso besorgniserregender ist die zunehmende Zahl von Kindern mit deutlichen Defiziten in der Sprachentwicklung. So ergaben Untersuchungen, dass 22 Prozent der deutschen Kinder und 51 Prozent der Kinder mit Migrationshintergrund im Alter zwischen vier und viereinhalb Jahren Sprachprobleme haben. 15,7 Prozent aller Kinder genügen bei ihrer Einschulung nicht den sprachlichen Anforderungen der Schule. Um Kinder besser auf ihre schulische Laufbahn vorzubereiten und mehr Chancengleichheit für alle zu schaffen, ist die sprachliche Förderung in Kindertageseinrichtungen enorm wichtig. Wir möchten bei dieser verantwortungsvollen Aufgabe unterstützen.

Bildungschancen ermöglichen

Aus diesem Grund hat Microsoft im Rahmen seines gesellschaftlichen Engagements für Deutschland 2003 unter der Schirmherrschaft des Bundesfamilienministeriums die Bildungsinitiative „Schlaumäuse - Kinder entdecken Sprache“ ins Leben gerufen. Hierfür wurde, in Zusam-



menarbeit mit dem Cornelsen Verlag und Didaktikexperten der Technischen Universität Berlin, eine Lernsoftware entwickelt, die speziell auf die Anforderungen und Bedürfnisse von Kindern im Alter von vier bis sechs Jahren abgestimmt ist. Heute erforschen bereits über 100.000 Kinder in rund 3.500 Kindertagesstätten bundesweit spielerisch Schrift und Sprache und erfreuen sich an den Abenteuern mit den Schlaumäusen. Und dabei werden sie nicht nur auf die sprachlichen Anforderungen der Schule vorbereitet, sondern erlernen gleichzeitig den sinnvollen Umgang mit dem Computer, trainieren ihre Konzentrationsfähigkeit und bauen beim gemeinsamen Spielen ihre sozialen Kompetenzen aus. Wie erfolgreich sie dabei sind, beweisen wissenschaftliche Begleitstudien zur Initiative und zahlreiche Preise, mit denen die Lernsoftware in den vergangenen Jahren ausgezeichnet wurde.

Mitmachen, mitdenken, mitspielen Lernen ohne Leistungsdruck

Die Schlaumäuse-Lernsoftware fördert den frühkindlichen Schriftspracherwerb der Kinder, ohne sie dabei zu überfordern. Auf einem virtuellen Spielplatz entdecken die Vier- bis Sechsjährigen, individuell angepasst an ihren Sprachstand, spielerisch die deutsche Sprache. Hier entfalten sie ihren Alltags- und Fachwortschatz sowie die Komplexität ihrer Sätze und erlernen wichtige Redewendungen. Mit Hilfe von Reimen, Phonemen und Wortbausteinen entdecken sie, dass unsere Sprache silbenbasiert ist und schulen ihr Lautbewusstsein und ihre Aussprache. Sie erforschen neugierig die Schrift, erfassen die Beziehungen zwischen Lauten und Buchstaben und lernen erstes lautorientiertes Schreiben. Das Programm mit den fröhlich-bunten Lernspielen ermutigt zum Mitmachen, Mitdenken und Mitspielen. Mit alltagsbezogenen Inhalten haben die Kinder die Möglichkeit, Sprache und Schrift selbstständig und auf ihrem persönlichen Lernniveau zu erforschen, Neues auszuprobieren und aus Fehlern zu lernen. Auch ausländische Kinder, die nur geringe oder gar keine Deutschkenntnisse haben, werden durch das Programm ermutigt, ihre sprachlichen Fähigkeiten spielerisch und mit Spaß zu entwickeln. Die speziellen Sprachwerkzeuge der Software ermöglichen den Kindern, Buchstaben und Schrift hörbar zu machen – und das so oft sie wollen.

Eine Initiative von:

Microsoft

Partner:

Cornelsen

TV ComputerLernWerkstatt

Schutz von Kindern vor Gewalt und Missbrauch



Beim Thema Kinder- und Jugendschutz bewahrheitet sich nach wie vor die Erkenntnis, dass nach spektakulären Fällen von Kindstötungen viele Redebeiträge erfolgen, sogar erstmalig ein sog. Kindergipfel im Bundeskanzleramt inszeniert wird, echte Reformen allerdings nicht auf den Weg gebracht werden. Selbst ein Zugangerschwerungsgesetz, das zunächst als Gesetz zur Sperrung sog. kinderpornographischer Seiten geplant war und nun gescheitert ist, wäre nur ein erster kleiner Schritt gewesen, dem weitere und effektivere folgen müssen. Von der Verabschiedung von Maßnahmen wie dem flächendeckenden Aufbau von Schwerpunktabteilungen mit entsprechend qualifiziertem Personal oder der Verschärfung des Strafrechts für das Herunterladen pädokrimineller Dateien ist die Politik weit entfernt. Es darf nicht in Vergessenheit geraten, dass nach wie vor das Herunterladen von kommerziellen Filmen oder Software härter bestraft wird als das Herunterladen pädokrimineller Dateien.

Ferner scheiterte vor der Bundestagswahl das ohnehin schon von den Beschlüssen des Kindergipfels auf einen inakzeptablen Minimalkonsens reduzierte Kinderschutzgesetz. Es waren politische Eitelkeiten, vor allen Dingen aber die Beharrungskräfte aus

dem reformunwilligen Jugendhilfesystem selbst, die dazu führten, dass das absolut notwendige Kinderschutzgesetz scheiterte. Es wäre ein erster Schritt gewesen, für Jugendämter verbindliche Standards zu schaffen, das staatliche Wächteramt zu betonen und einen Mentalitätswandel herbeizuführen. Das Gesetz zur Erleichterung familiengerichtlicher Maßnahmen bei Gefährdung des Kindeswohls ist nur ein Tropfen auf dem heißen Stein der Strukturkrise des deutschen Kinder- und Jugendhilfesystems und leidet zudem unter massiven handwerklichen Fehlern.

Dem Kinderschutz wird, im Vergleich zum Klima- oder Bankenschutz, in allen Parteien eine deutlich geringere Bedeutung zugeschrieben. Es bleibt zu hoffen, dass sich die neue Bundesregierung dem Thema mit einer angemessenen Priorität widmet.

Lesen Sie auf den nächsten Seiten die Stellungnahme der Deutschen Kinderhilfe zum angekündigten Kinderschutzgesetz und lernen Sie das Konzept einer mustergültigen flächendeckenden Kinderschutzhotline am Beispiel Mecklenburg-Vorpommerns kennen.

Stellungnahme der Deutschen Kinderhilfe

Zur Notwendigkeit eines Kinderschutzgesetzes

Das Scheitern des Kinderschutzgesetzes, Ergebnis der Beschlüsse des Kindergipfels vom 19.12.2007, stellt einen schweren Rückschlag für den Kinderschutz in Deutschland dar. Das nun von der neuen Regierung im Koalitionsvertrag angekündigte Kinderschutzgesetz muss mutiger und konsequenter die Trendwende in der Kinder- und Jugendhilfe einleiten. 600 Jugendämter in Deutschland arbeiten

unterschiedlich. Es gibt keinen Bereich in Deutschland, in dem bei einem so entscheidenden Thema ohne einheitliche Standards und Verfahren gearbeitet wird. Es fehlt sogar an einer einheitlichen Begrifflichkeit. Die elektronische Fallakte – in Straßenverkehrsämtern seit Jahrzehnten Standard – ist in deutschen Jugendämtern nicht die Regel. Jugendämter innerhalb eines Kreises schließen mit freien Trägern für identi-

sche Sachverhalte unterschiedliche Vereinbarungen gem. § 8 a KHJG ab. Es mangelt nach wie vor an einer flächendeckenden Umsetzung dieser Rechtspflicht aus dem Jahr 2005.

Ein Kinderschutzgesetz muss auch die Defizite der letzten Reform aus dem Jahr 2005 aufgreifen und korrigieren. Hier nur die wichtigsten Punkte eines neuen Kinderschutzgesetzes.

1. Qualitäts- und Diagnosestandards

Das Kinderschutzgesetz muss der Einstieg in die Einführung verbindlicher Qualitäts- und Diagnosestandards sein. Dazu gehören neben der Verpflichtung zu Hausbesuchen bei Verdacht auf Kindeswohlgefährdung klare Handlungskataloge und zu evaluierende Maßnahmen. Denn auch hier krankt das Jugendhilfesystem, eine gezielte Evaluation von bewilligten Maßnahmen findet vielerorts nicht statt.

2. Schnittstelle zum Gesundheitswesen schaffen

Ein entscheidendes Versäumnis der Vorgängerregierung war es, ein Kinderschutzgesetz ausschließlich im Bundesfamilienministerium anzusiedeln. Eine enge Abstimmung mit dem Bundesgesundheitsministerium ist geboten, denn nur so kann dem präventiven Ansatz eines effektiven Kinderschutzgesetzes ausreichend Rechnung getragen werden. Es bedarf dringend der Schaffung einer gesetzlichen Schnittstelle von SGB V (regelt das Recht und die Finanzierung des Gesundheitswesens) und SGB VIII (das sog. Kinder- und Jugendhilfegesetz), das heißt es muss eine Verzahnung von Gesundheits- und Jugendhilfesystem erfolgen. Die dringend erforderliche Vernetzung, die für echte Prävention unabdingbar ist, setzt voraus, dass die beiden bislang strikt getrennten Systeme durchlässiger werden. Wenn Mütter bereits auf den Geburtsstationen betreut werden sollen, dann müssen dafür auch die rechtlichen und finanziellen Voraussetzungen geschaffen werden. Gerade der aus dem Amt geschiedenen Bundesfamilienministerin so am Herzen liegende Ansatz der „frühen Hilfe ab dem Nabel“ kann nur in den Geburtskliniken wirksam erfolgen. Die in der Praxis bewährten Modelle – etwa in Düsseldorf oder das Frühförderprogramm der Deutschen Kinderhilfe in vier Städten – verdeutlichen, dass die Kostentragung derartiger Programme zwischen Gesundheitswesen und Jugendhilfesystem hin und her geschoben wird. An dieser Stelle ist der Bundesgesetzgeber gefragt, klare Regelungen über die Kostentragung beispielsweise für die psychosoziale Betreuung der Eltern von Risikokindern zu treffen, da hier sowohl therapeutische als auch sozialpädiatrische und beginnend jugendhelferische Tätigkeiten entfaltet werden.

3. Datenschutz versus Kinderschutz?

Eklatante Defizite durch falsch verstandenen Datenschutz, etwa beim Umzug von Familien in andere Bundesländer, sollten schon durch das gescheiterte Gesetz ausgeräumt werden, diese Regelungen müssen dringend verabschiedet

werden. Datenschutz darf einem effektiven Kinderschutz nicht im Weg stehen. Ein deutlicher Hinweis, dass Behörden dazu verpflichtet sind, sämtliche Umstände zu ermitteln und Informationen auszutauschen, die zur Abklärung einer Kindeswohlgefährdung beitragen, hätte zwar nur deklaratorische Wirkung, könnte aber dazu führen, dass die in der Praxis zu häufig vorherrschende Auffassung, Datenschutz stünde in manchen Fällen vor dem Kinderschutz, endlich an Bedeutung verliert.

4. Regelung über Beratung und Weitergabe von Informationen bei Kindeswohlgefährdung durch Geheimnisträger – Ermöglichung des interkollegialen Austausches von Kinderärzten

Für die Praxis bedeutsam und daher einem dringenden Regelungsbedürfnis unterliegend ist die Möglichkeit des interkollegialen Austausches von Geheimnisträgern. Gerade das auch im Ministerium bekannte und vom Sachverständigenratsmitglied der Deutschen Kinderhilfe Herrn Dr. Ralf Kownatzki (Duisburg) mit entwickelte Projekt „RISKID“ verdeutlicht, dass eine Befugnisnorm geschaffen werden muss, die bereits bei der Abklärung einer Kindeswohlgefährdung den interkollegialen Austausch zulässt. Diesbezüglich unterstützt die Deutsche Kinderhilfe die Forderungen sowohl des Landesberufsverbandes Nordrhein-Westfalen der Kinder- und Jugendärzte sowie der Landeärztekammer Nordrhein-Westfalen. Hier besteht eine eklatante Lücke, die dringend geschlossen werden muss.

5. Einführung von Informationspflichten für andere Berufsgruppen

Ein gerade von den Trägerverbänden beim gescheiterten Gesetz heftig bekämpfter Ansatz ist die Einführung von Informationspflichten für andere Berufsgruppen. Eine Kita-Erzieherin ist nach geltender Rechtslage verpflichtet, erkannte Kindesmisshandlungen oder den Verdacht einer Kindeswohlgefährdung dem Jugendamt mitzuteilen. Diese Rechtspflicht gilt für Lehrerinnen und Lehrer nicht, ebenso wenig für Jugendleiter oder Trainer. In der Praxis ist immer wieder zu beobachten, dass zwischen Schule und Jugendämtern „unsichtbare Mauern“ bestehen. Eine stärkere Einbeziehung der Regelangebote in die Jugendhilfe, der flächendeckende Einsatz von Schulkrankenschwestern und Schulpsychologen als Schnittstelle zum Jugendhilfesystem schafft hier Abhilfe. Das neue Kinderschutzgesetz muss hier Klarheit schaffen, eine entsprechende Qualifikation der dort Beschäftigten festschreiben und durch eine verbindliche Einbeziehung der „Meldenden“ in den Hilfeprozess einen fachübergreifenden Ansatz festschreiben. Als Vorbild können hier die fachübergreifenden Fallkonferenzen in München dienen.

6. Reform des § 8 a KHJG

In der Praxis ist häufig die Auffassung zu beobachten, § 8 a sei kein „Meldeparagraf“, so eine Arbeitshilfe für Kindertages-

einrichtungen des Paritätischen Wohlfahrtsverbands. Eine frühzeitige Pflicht, die Jugendämter zu informieren, wird dazu führen, dass die Jugendämter nicht erst dann eingeschaltet werden, wenn es in vielen Fällen schon zu spät ist oder wertvolle Zeit durch „Eigentherapieversuche“ von Trägern vertan wird. Die frühzeitige Einbeziehung der Jugendämter in die Hilfen würde dazu beitragen, dass diese das Image der „Eingreifer“ und „Kinderwegnehmer“ verlieren würden und noch zu einem Zeitpunkt helfen können, in denen Unterstützung möglich ist. Auch wenn der Ansatz der Kinderschutzkräfte in den Trägern gut gemeint ist, sind in der alltäglichen Praxis insbesondere Erzieherinnen in Kitas mit der Einschätzung von und im Umgang mit Kindesmisshandlungen überfordert. Zudem sind zahlreiche Träger und Jugendämter der Rechtspflicht zum Abschluss verbindlicher Vereinbarungen und der Ausbildung von Kinderschutzkräften nicht nachge-

kommen. Eine Information an das Jugendamt erst dann weiterzugeben, wenn eigene Bemühungen gescheitert sind, verstößt gegen alle Regeln der Fachlichkeit und kann in Einzelfällen auch zu Gefährdungen von Kindern, aber auch den handelnden Personen führen.

7. Bundeseinheitliche Hotline

Während gerade mit hohem finanziellen Aufwand eine bundeseinheitliche Beschwerdeline für Ärger mit Behörden unter der 114 eingeführt wird, fehlt es an einem vergleichbaren Angebot für Kinder. Eine Kinderschutzhotline gibt es bislang nur in einzelnen Kommunen sowie eingeschränkt in Bremen und gut funktionierend in Hamburg, Berlin und Mecklenburg-Vorpommern. Ein Kinderschutzgesetz kann Rahmenbedingungen für eine bundeseinheitliche Kinderschutzhotline schaffen.

Rainer Becker

Kinderschutzhotlines als erfolgreicher Teilbeitrag zur Verbesserung der Krisenintervention bei Kindeswohlgefährdungen – Praktische Erfahrungen aus einem Flächenland

Problem-/Situationsbeschreibung

Insbesondere nach tragischen Todesfällen von Kindern wie dem von Jessica aus Hamburg, Kevin aus Bremen u. a. wurde und wird immer wieder intensiv darüber diskutiert, wie derartige Fälle zukünftig verhindert werden können oder wie zumindest die Wahrscheinlichkeit erhöht werden kann, dass gefährdete Kinder schneller erkannt werden können und ihnen damit schneller geholfen werden kann. Dies alles kann natürlich nicht garantieren, dass den Akteuren im Kinderschutz nicht irgendwo aus welchen Gründen auch immer irgendwann wieder einmal ein gefährdetes Kind entgleitet, aber es kann eben Wahrscheinlichkeiten zu erhöhen helfen.

In vier Bundesländern wurden in den vergangenen Jahren so genannte Kinderschutzhotlines eingerichtet, um gezielt Hinweise auf Kindeswohlgefährdungen insbesondere auf Grund von Vernachlässigung, Misshandlung und sexuellem Missbrauch entgegenzunehmen und schnellstmöglich erste Maßnahmen einleiten zu können. Drei dieser Hotlines wurden in den Stadtstaaten Berlin, Hamburg und Bremen eingerichtet, die vierte und einzige in einem Flächenland seit Februar 2008 im Bundesland Mecklenburg-Vorpommern.

Im Folgenden wird der Verfasser seine Erfahrungen von der Initiative bis hin zur Einrichtung und auch bei der Durchführung darstellen. Hierbei wird er auch auf mittelbare Auswirkungen einer derartigen Hotline eingehen.

Rechtliche Besonderheiten

Zu beachten ist, dass es bei Kindeswohlgefährdungen auf Grund von Vernachlässigung, Misshandlung und Missbrauch Gefahren abwehrend zwei originär zuständige Behörden gibt.

Zum einen und eher langfristig auf die Abwehr so genannter familienspezifischer Gefahren ausgerichtet, das jeweilige örtlich zuständige Jugendamt. Zum anderen und eher kurzfristig und auf die Verhütung von Straftaten ausgerichtet, die Polizei. Und die Vernachlässigung, Misshandlung und der Missbrauch von Kindern sind Straftatbestände nach dem StGB.¹

Als bekannt wird vorausgesetzt, dass das bloße Einrichten und Bereithalten zur Entgegennahme von Hinweisen selber noch keinen Eingriff in Grundrechte von Bürgern darstellt, so dass es als schlicht hoheitliches Handeln auf Zuständigkeitsregelungen entweder der Jugendämter oder der Polizei, je nachdem, wo die Hotline aufgeschaltet ist, gestützt werden kann.

Ebenso wird als bekannt vorausgesetzt, dass ab dem Eingang eines Anrufs, bei dem dann gezielt personenbezogene Daten erhoben, verarbeitet und genutzt werden, zweifelsfrei ein Eingriff beginnt, der daher einer entsprechenden Eingriffsermächtigung bedarf.

Wenn eine Kinderschutzhotline nicht bei der Polizei eingerichtet und betrieben werden soll, ist zu beachten, dass



gemäß SGB VIII die Zuständigkeit für Maßnahmen in Fällen von Kindeswohlgefährdungen dezentral bei den Kommunen, d.h. den Landkreisen und kreisfreien Städten und eben nicht zentral beim jeweiligen Landesjugendamt oder dem Sozialministerium liegt. Dies hat zur

Folge, dass ein landesweiter zentraler Sondernotruf in Form einer Kinderschutzhotline lediglich im Auftrag der Jugendämter zentral betrieben werden kann. In Mecklenburg-Vorpommern bedeutete dies, dass 18 verschiedene Landkreise und kreisfreie Städte mit Landräten und Oberbürgermeistern unterschiedlicher parteipolitischer Ausrichtung davon überzeugt werden mussten, an einem gemeinsamen Projekt „Kinderschutzhotline Mecklenburg-Vorpommern“ teilzunehmen und eine entsprechende Vereinbarung mit dem Landesamt für Gesundheit und Soziales (LAGUS), bei dem in Mecklenburg-Vorpommern das Landesjugendamt angebunden ist, zu unterzeichnen.

Als hilfreich hatte sich hierbei erwiesen, dass der Landesbeauftragte für Datenschutz und Informationsfreiheit Mitglied der mit der Umsetzung beauftragten Projektgruppe war.² Bei einer zentralen Kinderschutzhotline der Polizei, wie z. B. im Landeskriminalamt Berlin betrieben, wäre ein derartiger Einigungsprozess nicht erforderlich gewesen.

Fazit ist, dass es grundsätzlich schneller und einfacher ist, eine Kinderschutzhotline bei der Polizei einzurichten, da es hier nicht erst erforderlich ist, unterschiedliche Landkreise und kreisfreie Städte zu einem Konsens zu bewegen. Andererseits hat sich am Beispiel von Mecklenburg-Vorpommern gezeigt, dass ein derartiger Konsens durchaus erzielt werden kann.

Zugleich berücksichtigen gemeinsame Hotlines der Jugendämter sehr viel intensiver den Grundgedanken der von der Verfassung her gewollten kommunalen Selbstverwaltung und stellen somit ein demokratischeres Verfahren dar, das am Ende zu einer höheren Identifizierung aller Beteiligten mit „ihrer“ Hotline zu führen vermag. Aus Sicht des Verfassers sollten Kinderschutzhotlines daher nur dann bei der Polizei eingerichtet und betrieben werden, wenn sich die Jugendämter der Landkreise und kreisfreien Städte nicht in der Lage sehen, sich diesbezüglich zu einigen.

Der Impuls

Nachdem im März 2007 Experten des Berliner Landeskriminalamtes im Rahmen einer besonderen Lehrveranstaltung

vor den Kommissaranwärterinnen und Kommissaranwärttern der Landespolizei Mecklenburg-Vorpommern über ihre positiven Erfahrungen mit einer beim dortigen Landeskriminalamt eingerichteten Kinderschutzhotline berichteten, die kombiniert mit einer intensiven Öffentlichkeitsarbeit mit dazu beigetragen hatte, dass hiernach die so genannte Häufigkeitszahl (Fälle je 100.000 Einwohner) in Berlin gegenüber den anderen Bundesländern teilweise auf das Zehnfache anstieg, stellte sich die Frage, ob eine derartige Hotline nicht auch in einem Flächenland mit dazu beitragen könnte, das Dunkelfeld aufzuhellen und mehr Kindern eher helfen zu können.

Zunächst wurde in Betracht gezogen, eine derartige Hotline analog zu Berlin bei der Landespolizei einzurichten.

Erste Diskussionen

Vorrangig wurden nachstehend genannte Fragen erörtert:

1. Muss jede polizeiliche Zielgruppe eine eigene Notrufnummer erhalten?

Nein, nicht jede polizeiliche Zielgruppe muss eine eigene Notrufnummer erhalten, wenngleich auch andere in Betracht kommende Zielgruppen nicht von vorneherein ausgeschlossen werden sollten. Im Fall von vernachlässigten und misshandelten und missbrauchten Kindern geht es jedoch nicht um Erwachsene, die grundsätzlich selber dazu in der Lage sind, sich zu helfen, sondern um Kinder, die je nach Alter und (psychischer) Abhängigkeit vom Täter/den Tätern den Polizeinotruf teilweise noch nicht kennen noch ihn anwählen können. Diese Kinder sind darauf angewiesen, dass andere dies für sie tun.

Und hier beginnt das zweite Problem. Zum einen haben die Anrufer in derartigen Fällen gelegentlich Restzweifel, ob es denn schon so schlimm sei, dass der Polizeinotruf gewählt werden sollte, denn in ihrer Generation gehörte zum Beispiel die damals so genannte körperliche Züchtigung, die erst seit November 2000 nicht mehr zulässig ist, noch zur Normalität eventuell sogar der eigenen Erziehung, und vielleicht ist dem Nachbarn ja auch nur einmal „die Hand ausgerutscht“, so dass ohne fachkundige Nachfragen Restzweifel bestehen bleiben.

Zum anderen können und wollen Anrufer oft nicht ihr Wohnumfeld verlassen, und vielleicht haben sie ja Repressionen des angezeigten Misshandlers zu erwarten, oder vielleicht haben sie ja beruflich z. B. als Erzieherin, als Arzthelferin pp. mit Kindern zu tun und befürchten über Repressionen des Angezeigten hinaus berufliche Nachteile? Beim Anrufen des Polizeinotrufs 110 weiß

mittlerweile die Mehrzahl der Bevölkerung, dass eine geschaltete Rufnummerunterdrückung nicht funktioniert und dass ihr Anruf aufgezeichnet wird, so dass eine nachvollziehbar gewünschte Anonymität eher nicht gewährleistet werden kann. Dies ist im Detail noch nicht evaluiert worden, doch die Tatsache, dass bei der Berliner Polizei seit Schaltung der Kinderschutzhotline im Jahr 2004 die Häufigkeitszahl in derartigen Fällen drastisch angestiegen ist, spricht zunächst einmal für eine eigene Notrufnummer in Fällen von Kindeswohlgefährdungen. Und schließlich kann kein Bürger gezwungen werden, den Polizeinotruf 110 zu wählen.

2. Sollte eine Kinderschutzhotline nicht besser mit – teilweise bereits – vorhandenen Opferberatungstelefonen verknüpft werden?

Bei einem Opferberatungstelefon dominiert die Beratung, bei einem (Sonder-) Notruf der Jugendämter oder der Polizei dominiert die schnellstmögliche Krisenintervention in Form der Hilfeleistung und Verhütung von Straftaten und bezüglich der Polizei gleichzeitig die Verfolgung von Straftaten, die bereits begangen worden sind.

Natürlich kann es auch dazu kommen, dass Hinweisgeber oder andere Personen nur um Rat nachsuchen, dies sollte jedoch nicht die dominierende Zielstellung einer Kinderschutzhotline sein und auch nicht werden, denn hierfür gibt es in der Tat bereits gut funktionierende Opferberatungsstellen, an die dann weiter verwiesen werden könnte und sollte. Darüber hinaus besteht die Gefahr, die Vernachlässigung, Misshandlung und den Missbrauch von Kindern mit Straftaten gegen Erwachsene und hier Insbesondere im Rahmen häuslicher Gewalt zu verknüpfen, bei der man sich, weil es gewöhnlich um eine „Familienangelegenheit“ und i. d. R. um eine erwachsene Frau als Opfer geht, eher „herauszuhalten“ versucht. Daher könnte die Bereitschaft zur „Einmischung“, und sei es nur durch einen Hinweis, sinken und damit zum Nachteil der kindlichen Opfer gereichen.

3. Was bringt ein verstärktes (polizeiliches) Engagement bei Hinweisen auf Kindeswohlgefährdungen, wenn keine hundertprozentige Nachhaltigkeit der Maßnahmen der Jugendämter gewährleistet ist?

Wenn sich die Polizei diese Frage bei den angezeigten Delikten beginnend, über die aufgeklärten Straftaten bis hin zur Verurteilung des Beschuldigten stellen würde, bräuchte sie dem Grunde nach nicht mehr auszurücken. Jeder hat an seinem Platz das Bestmögliche

zu tun und seine ihm eingeräumten Möglichkeiten auszuschöpfen, und z. B. ein misshandeltes Kind von vorneherein bei seinen Peinigern zu belassen, nur weil das Jugendamt oder das Familiengericht den Fall vielleicht anders bewerten und das Kind in die Obhut (?) seiner Eltern zurückgeben/belassen könnte, kann und soll an dieser Stelle weder moralisch noch rechtlich bewertet werden. Mit einer Kinderschutzhotline lässt sich die Wahrscheinlichkeit, über eine Vernachlässigung, Misshandlung oder den Missbrauch von Kindern Kenntnis zu erlangen, deutlich erhöhen. Hierdurch kann schneller und vielleicht auch nur das eine oder andere Mal rechtzeitiger interveniert und das Schlimmste oder Schlimmeres verhütet werden. Vermutlich hätte der Fall Lea-Marie, der von ihrer Mutter über einen längeren Zeitraum Lösungsmittel und Säurereiniger eingeflößt worden war, auch in Berlin nicht verhütet werden können. Aber die Wahrscheinlichkeit, Kenntnis darüber zu erlangen und Lea Marie aus dieser ebenso lebensbedrohlichen wie unerträglichen Situation eher herauszuholen zu können, wäre in Berlin – stark vereinfacht – höchstwahrscheinlich zehnmal so hoch gewesen wie zu dem Zeitpunkt, als es in Mecklenburg-Vorpommern noch keine Kinderschutzhotline gab. Bei allen bisher entwickelten und teilweise noch immer diskutierten Konzepten hat sich, was die Fallzahlen bei der Vernachlässigung und Misshandlung von Kindern angeht, in den letzten Jahren dem Grunde nach nur sehr wenig positiv verändert.

Im Land Berlin sind die der Polizei angezeigten Fälle seit Einrichten der dortigen Telefonhotline eklatant gestie-

Anzeige

100
JAHRE
1909–2009

sind ein guter
Anfang!

Wir bringen Leben ins Familienleben



Sie sind an den schönsten Plätzen in Deutschland gelegen, an den begehrtesten Urlaubsorten, inmitten von Natur oder Kultur. Hier entdecken auch die Großen das Kind in sich. Fantasie, Abenteuer, gemeinsame Erlebnisse und Landschaften wie aus dem Bilderbuch. Kinderherz, was willst du mehr? Willkommen bei den Jugendherbergen.

Da staunen Sie
Über 500 Jugendherbergen in Deutschland, 4.000 weltweit.
Infos und Broschüren unter Tel. 05231 7401-0, service@djh.de



gen. Das Konzept der Berliner Experten war ebenso einfach wie es einfach umgesetzt wurde. Auf keinen Fall kann davon ausgegangen werden, dass sich die Situation der Kinder in einem Land, ob nun Stadtstaat oder Flächenland, nach Einrichten einer Kinderschutzhotline verschlechtern dürfte. Und die Kosten sind in Relation zum erzielbaren Nutzwert vergleichsweise äußerst gering.

Im Land Mecklenburg-Vorpommern nehmen Fachkräfte des Landesjugendamtes die eingehenden Hinweise neben ihrer täglichen Arbeit an, so dass lediglich die Telefongebühren (0800er Nummer) und außerhalb der Geschäftszeiten das vertraglich vereinbarte Honorar für Fachkräfte des ASB in Rostock an Kosten dem Nutzwert etlicher Kinder, denen (eher) geholfen werden konnte, gegenübersteht, der nach Einschätzung des Verfassers bei weitem überwiegt.³

Das Verfahren

Wie bereits bei den rechtlichen Besonderheiten erwähnt, fiel in Mecklenburg-Vorpommern die Entscheidung, dass die Kinderschutzhotline im Bereich Soziales angesiedelt werden sollte. Darüber hinaus einigten sich alle Beteiligten darüber, dass die zentrale Kinderschutzhotline die dezentralen Erreichbarkeiten der örtlich zuständigen Jugendämter lediglich ergänzen soll. Die Hotline ist rund um die Uhr besetzt, Anrufe sind kostenlos und Hinweise werden auf Wunsch anonym entgegengenommen. Auf Grund der originären Zuständigkeit der örtlichen Jugendämter, wird bei Entgegennahme eines Hinweises nur eine knappe Ersteinschätzung vorgenommen. Danach wird der Hinweis fernmündlich teilweise unmittelbar, teilweise über den Landkreis an das zuständige Jugendamt weitergeleitet. Unmittelbar danach wird die Meldung schriftlich nachgereicht. Wird bei einem Anruf von einer gegenwärtigen erheblichen Gefahr für ein Kind ausgegangen, wird sofort die Polizei benachrichtigt, die den Ereignisort schneller erreichen kann und besser für die hier zu treffenden Sofortmaßnahmen ausgestattet ist. Bei Beratungsbedarf wird an das zuständige Jugendamt oder andere Beratungsstellen verwiesen.

Anfänglich kam der Gedanke auf, dass unter diesen Umständen dann ja gleich eine automatische technische Weiterleitung der Anrufe an das zuständige Jugendamt erfolgen könne. Mittlerweile wird dies jedoch nicht mehr favorisiert, da die Fachkräfte am anderen Ende der Leitung doch eine gewisse Filterfunktion haben, so dass daher nicht jeder Anruf automatisch beim Bereitschaftsdienst des Jugendamtes aufläuft und sich die Belastung gerade außerhalb der Geschäftszeiten in Grenzen hält.

Auch hat sich gezeigt, dass anders als bei einer polizeilichen Kinderschutzhotline, und vielleicht auch durch die kostenlose 0800er-Nummer und die gewährleistete Anonymität eine nicht unerhebliche Zahl missbräuchlicher Anrufe zu verzeichnen ist. Wenn das örtlich zuständige Jugendamt die Übernahme er-

klärt hat, werden sofort alle personenbezogenen Daten bei der Kinderschutzhotline gelöscht. Für alle dann zu treffenden Maßnahmen ist ausschließlich das örtliche Jugendamt verantwortlich. Dort wird eigenständig die Gefahrenlage beurteilt und entschieden, ob Sofortmaßnahmen geboten sind, und wenn ja, welche Maßnahmen zu treffen sind.

Erste Ergebnisse

Von Februar 2008 bis Ende Juli 2009, also innerhalb von 18 Monaten, gingen in Mecklenburg-Vorpommern 579 Hinweise auf Kindeswohlgefährdungen über die Kinderschutzhotline ein, die 1029 Kinder betrafen. In 271 Fällen ging es um eine Vernachlässigung, 99 x um körperliche Misshandlung. 260 Fälle wurden als so akut eingeschätzt, dass sich die Jugendämter zum Ergreifen sofortiger Maßnahmen veranlasst sahen. Nach Einschätzung der 18 Jugendämter des Landes machen die über die Hotline eingehenden Hinweise durchschnittlich 10% von allen beim jeweiligen Jugendamt eingehenden Hinweisen aus, was, wie erwähnt, beabsichtigt ist.⁴

Mittelbare Effekte

Über die hier dargestellten Effekte hinaus hatte die Kinderschutzhotline Mecklenburg-Vorpommern zur Folge, dass alle Jugendämter des Landes ab der Freischaltung rund um die Uhr Bereitschaftsdienste vorzuhalten hatten, die bei eingegangenen Hinweisen, die Gefahrenlage zu beurteilen und ggf. Sofortmaßnahmen einzuleiten bzw. selber zu treffen hatten. Dies war vorher nicht der Fall gewesen. Weil die Hotline die eigene Erreichbarkeit lediglich ergänzen sollte, gab es ein Vielzahl kommunaler Werbeaktivitäten der Jugendämter, ihre Angebote unmittelbar in Anspruch zu nehmen. Durch die sukzessive Verteilung von Schlüsselanhängern mit der Hotline-Nummer an Fachkräfte bzw. Menschen, die mehr Kontakt mit Kindern bzw. so genannten Risikofamilien haben, wurde der Kinderschutz und die Zusammenarbeit mit den Jugendämtern und auch der Polizei sowohl auf Landesebene als auch kommunal über ein Jahr verteilt immer wieder neu thematisiert, sowohl bei denen, die die Schlüsselanhänger erhielten als auch bei denen, die die Berichterstattung darüber zur Kenntnis nahmen.

Die Diskussionen im Vorfeld hatten dazu geführt dass sich alle – unterschiedlichen – Akteure besser kennengelernt hatten und dem anderen die eigenen Zuständigkeiten, Möglichkeiten und Grenzen deutlich machen konnten. Dies erleichterte und verbesserte sowohl das Lernen voneinander als auch die Zusammenarbeit auch zu späteren Zeitpunkten und anderen Anlässen.

Öffentlichkeitsarbeit

Zu beachten ist, dass innerhalb des ersten Jahres dem Grunde nach so gut wie nicht gezielt für die Kinderschutzhotline geworben wurde. Bewährt hatte sich, dass die Erreichbarkeit der Hotline in den lokalen täglich oder wöchentlich erscheinen-

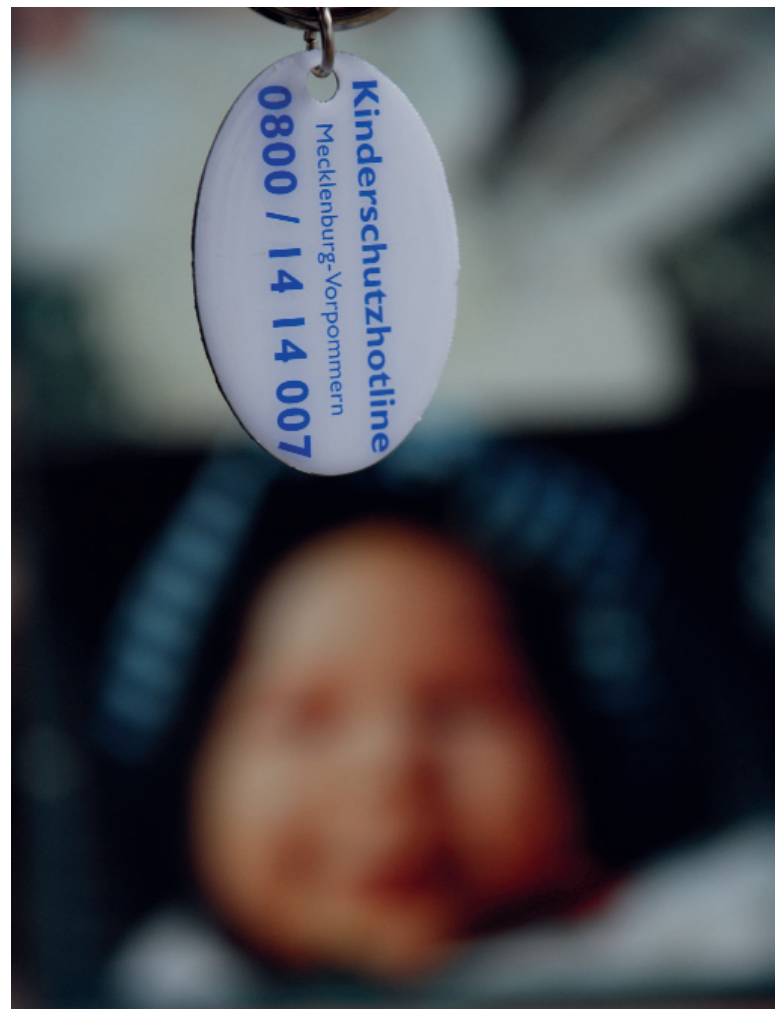
den Printmedien gut auffindbar unter den „Bereitschaften“ platziert worden war. Darüber hinaus entschied sich die Deutsche Kinderhilfe e. V. LV Mecklenburg-Vorpommern, deren Landesvorsitzender der Verfasser im Ehrenamt ist, mit eigenen Mitteln und der Hilfe von Sponsoren Schlüsselanhänger mit der Kinderschutzhotline-Nummer herstellen zu lassen. Diese Schlüsselanhänger wurden unter dem Motto „1000 Schlüsselanhänger für mehr Kinderschutz“ sukzessive gezielt mit Hilfe der Jugendämter an Menschen verteilt, die insbesondere beruflich mit Kindern und Risikofamilien zu tun haben wie Kita-Erzieher, Lehrer, medizinisches Fachpersonal, Gerichtsvollzieher, Hausmeister von Großwohnanlagen pp. Insgesamt wurden so innerhalb von 12 Monaten 22.000 Schlüsselanhänger in den 18 Landkreisen und kreisfreien Städten verteilt. In Fachkonferenzen wurde auf die Kinderschutzhotline aufmerksam gemacht. Und schließlich ließ das Sozialministerium anlässlich des „Geburstages“ der Hotline 1 Million Flyer mit der Kinderschutzhotline an alle Haushalte sowie 10.000 von der Techniker Krankenkasse gesponserte Plakate verteilen. Deutlich wurde, dass die Zahl der Hinweise nach den jeweiligen Verteilaktionen jedes Mal deutlich anstieg.

Schluss

Eine Kinderschutzhotline ist kein Allheilmittel. Sie kann aber dazu beitragen, die Wahrscheinlichkeit zu erhöhen, gefährdete Kinder (eher) erkennen und eher handeln und damit helfen zu können. Und sie kann dazu beitragen, das Thema Kindeswohlgefährdung sowohl bei besonderen Berufsgruppen als auch in der allgemeinen Öffentlichkeit häufiger anzusprechen und auf Einstellungs- und Verhaltensänderungen hinzuwirken. Sie ist, dort wo es sie gibt, damit ein – nicht zu unterschätzender – Teilbeitrag in einem System einer ständig weiter zu entwickelnden und zu verbessernden Krisenintervention zum Schutz unserer Kinder.

Durch seine bisherigen Erfahrungen sieht sich der Verfasser bestätigt, dass Kinderschutzhotlines nicht nur in Stadtstaaten realisierbar sind.

In Mecklenburg-Vorpommern wurde der Beweis angetreten, dass eine Kinderschutzhotline auch in Flächenländern betrieben werden kann und dass es von der Idee über die Entscheidung bis zur Freischaltung lediglich 10 Monate



dauerte, obwohl die Kinderschutzhotline in Mecklenburg-Vorpommern eine gemeinsame Hotline aller Jugendämter und damit eigentlich die „langsamere“ Variante geworden ist. Mecklenburg-Vorpommern ist nicht Berlin, und dennoch ist zu verzeichnen, dass sich seit Freischaltung der Kinderschutzhotline in 2008 nicht nur die Zahlen der angezeigten Fälle zu den Schlüsselnummern 6720 und 2231 in polizeilichen Kriminalstatistiken knapp verdoppelt haben, sondern darüber hinaus insbesondere die Zahl der bei den Jugendämtern eingegangenen Hinweise sich größtenteils mindestens verdoppelt hat. Und dies bedeutet rund doppelt so viele Kinder, denen so (eher) geholfen werden konnte.

Erschienen in der ZKJ - Zeitschrift für Kindschaftsrecht und Jugendhilfe, Ausgabe 12/09



Rainer Becker

Der Autor ist Polizeidirektor und Dozent an der Fachhochschule für öffentliche Verwaltung, Polizei und Rechtspflege des Landes Mecklenburg-Vorpommern, Initiator der Kinderschutzhotline des Landes und Vorstandsmitglied der Deutschen Kinderhilfe

¹ vgl. Becker in ZKJ 5/2008, S.185, 186

² bei Bedarf kann der Vereinbarungstext aus Mecklenburg-Vorpommern, an dem der Landesbeauftragte für Datenschutz und Informationsfreiheit maßgeblich mitgewirkt hat, als Muster beim Verfasser angefordert werden.

³ Einzelheiten können bei Bedarf beim Landesamt für Gesundheit und Soziales (LAGUS) in Rostock erfragt werden.

⁴ Landessamt für Gesundheit und Soziales am 05.08.2009

Fachtagung „Anforderungen an ein modernes Kinderschutzgesetz“

20. Januar 2010 | 09:00 - 13:30 Uhr | Berlin Jerusalemkirche | Lindenstr. 85

09.00 - 10.00 Uhr

Grußwort

Klaus Jansen | Georg Ehrmann

Impulsreferate

Dr. Wilfried Kratzsch, lfd. Oberarzt i.R. des Kinderneurologischen Zentrums der Sana Kliniken Düsseldorf, Vorsitzender des Vorstandes „Stiftung Deutsches Forum Kinderzukunft“

Prof. Dr. jur. Ludwig Salgo, Johann Wolfgang Goethe-Universität Frankfurt am Main, Fachbereich Rechtswissenschaft, Fachhochschule Frankfurt am Main, Fachbereich Soziale Arbeit und Gesundheit

10.15 - 11.45 Uhr

Parallele Panels:

1. RISKID – Wie können Kinderärzte Missbrauch erkennen und verhindern?

Dr. Ralf Kownatzki und Kriminalhauptkommissar Heinz Sprenger, Duisburg

2. Die Kinderschutzhotline – wichtiger Baustein präventiven Kinderschutzes

Rainer Becker, Polizeidirektor und Dozent an der Fachhochschule für öffentliche Verwaltung, Polizei und Rechtspflege des Landes Mecklenburg-Vorpommern, Initiator der Kinderschutzhotline des Landes

Gina Graichen, LKA Berlin, Leiterin des Fachkommissariats 125

3. Kindesmisshandlung – Zeichen erkennen

Prof. Dr. Harald Mau, ehemaliger Direktor der Klinik für Kinderchirurgie der Charité Berlin, Campus Virchow-Klinikum, Mitglied in den Deutschen Gesellschaften für Chirurgie, für Kinderchirurgie und für Perinatale Medizin, Gründung und Vorstandmitglied des NAV-Virchow-Bundes

Priv. Doz. Dr. med. habil. Britta Bockholdt, Direktorin des Instituts für Rechtsmedizin des Universitätsklinikums der Ernst-Moritz-Arndt-Universität Greifswald, Mitglied der Deutschen Gesellschaft für Rechtsmedizin, des Berufsverbandes Deutscher Rechtsmediziner sowie der International Academy of Legal Medicine

Prof. Dr. Norbert Klusen, Vorsitzender Vorstand der Techniker Krankenkasse (angefragt)

4. Datenschutz versus Kinderschutz?

Georg Ehrmann, Vorstandsvorsitzender der Deutschen Kinderhilfe

Karsten Neumann, Landesbeauftragter für Datenschutz und Informationsfreiheit des Landes Mecklenburg-Vorpommern

5. Die interdisziplinäre Kinderschutzgruppe in der Notfallklinik

Dr. Stefanie Märzheuser, Kinderchirurgin in der Charité, Campus Virchow-Klinikum, und Mitglied der interdisziplinären Kinderschutzgruppe in der Charité Berlin, Campus Virchow-Klinikum

11.45 - 12.15 Uhr

Pause

12.15 - 13.15 Uhr

Podiumsdiskussion:

Anforderungen an ein neues Kinderschutzgesetz

Teilnehmer:

- Georg Ehrmann
- Manfred Karremann, ZDF-Journalist
- Prof. Dr. Norbert Klusen
- Bundesministerin Dr. Kristina Köhler (angefragt)
- Dr. Ralf Kownatzki, Kinderarzt
- Prof. Dr. Harald Mau
- Karsten Neumann
- Prof. Dr. jur. Ludwig Salgo

Moderation: *Juliane Hielscher*, Fernsehmoderatorin

13.15 Uhr

Schlusswort



Sexualisierte Gewalt gegen Kinder

Sexualisierte Gewalt ist eine der übelsten Straftaten, die an Kindern begangen werden kann. Sie traumatisiert die Betroffenen ihr Leben lang. Vorsichtige Schätzungen gehen von ca. 60.000 nicht angezeigten Fällen pro Jahr aus (Professor Dr. med. Hartmut A. G. Bosinski, Sexualmedizinische Forschungs- und Beratungsstelle der Christian-Albrechts-Universität Kiel), das Bundeskriminalamt (BKA) geht bei jährlich zwischen ca. 15-16.000 angezeigten Fällen sexuellen Missbrauchs von einer Dunkelziffer von 1:20 aus. Das bedeutet, dass jährlich ca. 300.000 Kinder in Deutschland sexuell missbraucht werden.

Der Umgang unserer Rechtsordnung mit Sexualstraftaten an Kindern ist beschämend. Sind Delikte wie Drogenhandel oder Raub generell als „Verbrechen“ qualifiziert, d.h. diesen Delikten wohnt ein besonderer Unrechtsgehalt inne, sind Sexualdelikte an Kindern generell „Vergehen“. Dies ist sicher dem Umstand geschuldet, dass in unserer Rechtsordnung Eigentumsdelikte schwerer wiegen als Körperverletzungsdelikte. Dass aber Sexualdelikte an Erwachsenen generell „Verbrechen“ sind, solche an Kindern allerdings nur „Vergehen“, das zeigt eine klare Schieflage im Gesetz zulasten kindlicher Betroffener sexualisierter Gewalt, die der Gesetzgeber dringend beheben muss!

Das Internet spielt eine immer größere Rolle in pädokriminellen Kreisen. An dieser Stelle sei die Anmerkung erlaubt, dass auch die Sprache in diesem Bereich der Kriminalität entlarvend ist. Der Pädokriminelle wird landläufig als „Pädophiler“ (=„Kinderfreund“) bezeichnet. Wie wäre die Reaktion der Öffentlichkeit, wenn der Vergewaltiger als „Frauenfreund“, der rechtsradikale Gewalttäter als „Ausländer- oder Judenfreund“ bezeichnet werden würden. Ein weiteres Beispiel für die geringe Bedeutung kindlicher Interessen im Strafrecht: Das Herunterladen sog. Kinder„pornographischer“ Dateien. Ebenfalls ein vollkommen deplatzierte und euphemisierender Begriff, es handelt sich nicht um „Pornographie“, sondern um Bilder und Filme tatsächlicher Straftaten, Folterungen kleinster Kinder bis hin zu Säuglingen, die Pädokriminelle gegen Zahlung von Geld herunterladen, um ihren kriminellen Neigungen nachzugehen. Dieses Delikt wird mit maximal zwei Jahren Haft geahndet, im Vergleich: Das illegale Herunterladen eines Hollywoodfilms oder von Software wird mit drei Jahren Haft geahndet, die Höchststrafe für den Diebstahl einer Tafel Schokolade im Supermarkt beträgt fünf

Jahre. Dies ist nicht nur eine unverständliche Schieflage, dies führt in der Rechtspraxis auch dazu, dass Verfahren in aller Regel eingestellt werden, da es sich um sog. „Fälle von niederer Kriminalität“ handelt. Auch fehlt es wegen der geringen strafrechtlichen Relevanz an Stellen und Abteilungen zur Auswertung beschlagnahmter PCs, so dass im Jahr 2009 vermehrt Gerichte die Herausgabe der Datenträger und PCs an die Beschuldigten verfügt haben, da diese zu lange unausgewertet bei den Polizeibehörden verblieben. Einer der profiliertesten und international anerkanntesten Fahnder gegen Kinder„pornographie“ im Internet, Oberstaatsanwalt Peter Vogt aus Halle hat Anfang September 2009 deswegen frustriert das Handtuch geworfen.

Ein erster zaghafter Versuch der Politik, das Herunterladen pädokrimineller Dateien im Internet zu bekämpfen, das noch von der Vorgängerregierung eingebrachte Zugangsschwerungsgesetz, das als Gesetz zur Sperrung sog. Kinder„pornographischer“ Seiten geplant war, ist von der neuen Regierung im Handstreich kassiert worden.

Auch dies zeigt deutlich, in welchem Bereich die Politik im Moment Schwerpunkte gesetzgeberischen Handelns sieht.

Dazu korrespondieren sowohl strafrechtliche als auch zivilrechtliche täterfreundliche Verjährungsfristen, die es den Betroffenen, die häufig erst nach Jahrzehnten den Mut finden, gegen ihre Peiniger auszusagen, unmöglich machen, Straf- oder Schadensersatzprozesse anzustrengen. NS Verbrechen und Mord verjähren in Deutschland zu Recht nicht. Dies muss auch für an Kindern begangene Sexualdelikte gelten, denn die Betroffenen leiden lebenslänglich, hier darf das Argument des sog. Rechtsfriedens nicht länger vor den berechtigten Interessen der Betroffenen stehen.

Die gravierenden und der Politik lange bekannten Lücken im Recht der sog. Sicherungsverwahrung offenbaren ebenfalls ein Maß an unerträglicher Täterbezogenheit des deutschen Strafprozessrechts (siehe dazu den Artikel „Reform der nachträglichen Sicherungsverwahrung“, S. 24).

Es ist kennzeichnend für den Zustand einer Gesellschaft, wie sie mit den Schwächsten umgeht. Im deutschen Justizsystem sind Kinder häufig Opfer zweiter Klasse. Dies zu ändern, ist die Herausforderung für eine gerechte Justizpolitik.

Zur Notwendigkeit einer Reform der nachträglichen Sicherungsverwahrung Gesetzeslücken bei der „nachträglichen Sicherungsverwahrung“ gem. § 66b StGB

Ausgangslage

Der in die Medien gelangte Fall des Sexualstraftäters Karl D. mit schwerer sadistischer Neigung, dem zwei Gutachter eine akute Gefährlichkeit bescheinigt hatten und der sich nach einem in erster Instanz (LG München) gescheiterten Antrag auf Sicherungsverwahrung nach Verbüßung seiner zweiten Strafe von 14 Jahren wegen schweren sexuellen Missbrauchs zweier Mädchen in Heinsberg (NRW) niedergelassen hat und der Fall des ebenfalls von zwei Gutachtern für akut gefährlich gehaltenen Sexualstraftäters aus Kiel, der aufgrund eines zu spät abgegeben Gutachtens vom BGH vor der nachträglichen Sicherungsverwahrung bewahrt wurde und nun ebenfalls polizeilich überwacht werden muss, hat eine Debatte um die Regeln um die Anordnung der sog. „nachträglichen Sicherungsverwahrung“ entfacht.

Derzeitige Rechtslage

§ 66 b StGB regelt die wenigen Fälle, in denen verabsäumt wurde, die Sicherungsverwahrung (wie dies bei Vorliegen der Voraussetzungen in aller Regel geschieht) bereits bei der Aburteilung des Straftäters anzuordnen.

Die mittlerweile gefestigte Rechtsprechung und Rechtsliteratur zu § 66 b StGB hat folgende Grundsätze aufgestellt:

Die nachträgliche Anordnung der Unterbringung in der Sicherungsverwahrung setzt nach § 66 b Abs. 1 und 2 StGB u. a. voraus, dass nach einer Verurteilung wegen einer bestimmten Anlasstat und vor dem Ende des Strafvollzugs Tatsachen erkennbar werden, die auf eine erhebliche Gefährlichkeit des Verurteilten für die Allgemeinheit hinweisen. Diese „erkennbar werdenden“ Tatsachen – in Literatur und Rechtsprechung durchweg als „neue“ Tatsachen bezeichnet – sind zwingende gesetzliche Voraussetzung für die nachträgliche Anordnung der Sicherungsverwahrung nach § 66 b StGB; in ihnen muss sich auch die hangbedingte Gefährlichkeit des Verurteilten widerspiegeln (vgl. BGHSt 50, 275, 279).

An die Annahme neuer Tatsachen sind, zumal die nachträgliche Anordnung der Sicherungsverwahrung den Bestand eines rechtskräftigen Urteils tangiert und nach dem Willen des Gesetzgebers auf seltene Einzelfälle beschränkt sein soll (BGHSt 50, 275, 278 m. w. N.; BVerfG [Kammer] StV 2006, 574 Rdn. 18), strenge Anforderungen zu stellen. Es kommen nur solche Umstände in Betracht, die entweder erst nach der Anlassverurteilung entstanden sind oder vom Richter des Ausgangsverfahrens nicht erkannt werden konnten. Allein die neue Bewertung bereits zum Zeitpunkt der Anlassverurteilung bekannter Tatsachen genügt nicht

(BGHSt 50, 180, 188; 50, 275, 278; 50, 373, 379; BGH NJW 2006, 3154, 3155). Nur so sei sichergestellt, dass durch die Anordnung der nachträglichen Sicherungsverwahrung nicht Versäumnisse der Strafverfolgungsbehörden im Ausgangsverfahren zu Lasten des Verurteilten im Nachhinein korrigiert werden (BGHSt 50, 121, 126; 50, 284, 297; BVerfG aaO Rdn. 20) mit der Folge einer möglichen Verletzung des Verbots der Doppelbestrafung (Art. 103 Abs. 3 GG).

Erkennbar sind Tatsachen, die ein sorgfältiger Tatrichter hätte aufklären müssen, um entscheiden zu können, ob eine Maßregel nach §§ 63, 64, 66, 66 a StGB anzuordnen ist (BGHSt 50, 275), bzw. solche Tatsachen, die der Tatrichter nach dem Maßstab des § 244 Abs. 2 StPO zur Entscheidung über die Anordnung einer freiheitsentziehenden Maßregel zu erforschen hatte und bei hinreichender Aufklärung gefunden hätte (BGH NStZ-RR 2006, 172). Mit diesen Wendungen hat – in den Worten des Bundesverfassungsgerichts – die Rechtsprechung den Begriff der neuen Tatsachen „dahin konkretisiert, dass die Tatsachen dem letztinstanzlich zuständigen Gericht im Ausgangsverfahren auch nicht bei pflichtgemäßer Wahrnehmung seiner Aufklärungspflicht hätten bekannt werden können“ (BVerfG aaO Rdn. 20). Als Voraussetzung für die nachträgliche Anordnung der Sicherungsverwahrung nicht tauglich sind deshalb Tatsachen, für die es im Ausgangsverfahren Anhaltspunkte gegeben hat, die aber damals vom Gericht unbeachtet geblieben sind.

Defizite der aktuellen Rechtslage

Die vorgenannten sehr rechtstechnischen Ausführungen verdeutlichen, dass im aktuellen Fall die Ablehnung der nachträglichen Sicherungsverwahrung von der zuständigen Kammer des LG Münchens zu Recht erfolgt sein dürfte. Der krankhafte Sadismus und die schwere seelische Abartigkeit waren bereits bei der Aburteilung vor 14 Jahren bekannt. Die Therapieverweigerung bietet nach ausdrücklichem Willen des Gesetzgebers, der auf das Prinzip der Freiwilligkeit setzt (vgl. Begründung zur letzten Reform 2007), keinen Anlass, die Sicherungsverwahrung anzuordnen. Auch zeigt die mittlerweile gefestigte Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts und des Bundesgerichtshofs, dass an die „neuen Tatsachen“ sehr hohe Anforderungen gestellt werden, insbesondere daran, was der Richter der Urteilsinstanz hätte ermitteln müssen.

Es kommt zusammenfassend damit nicht auf die objektive Gefährlichkeit zum Zeitpunkt der Haftentlassung an, sondern darauf, ob in der Haft neue Tatsachen entstanden sind, die eine besondere Rückfallgefahr besorgen lassen. Dies ist

in der Praxis für die Staatsanwaltschaft häufig nicht zu beweisen. Die Therapieverweigerung spielt dabei keine Rolle.

Die Sicherungsverwahrung ist keine Strafe, sondern eine Präventivmaßnahme zum Schutz der Allgemeinheit vor hochgefährlichen Straftätern. Damit greift Art. 103 Abs. 3 GG, der ausdrücklich nur eine Doppelbestrafung verbietet, nicht, daher hat das Bundesverfassungsgericht die nachträgliche Sicherungsverwahrung auch für grundsätzlich zulässig erklärt (BVerfG a.a.O.).

In der derzeitigen Rechtslage zur nachträglichen Sicherungsverwahrung erfolgt eine Abwägung zugunsten des Straftäters: Die Abwägung findet zwischen dem Recht des Täters auf Schutz vor der Korrektur eines Versäumnisses der Staatsanwaltschaft zum Zeitpunkt der Verurteilung auf der einen und dem Schutzinteresse der Allgemeinheit auf der anderen Seite zugunsten des Straftäters statt.

Reformvorschläge

§ 66 b StGB und sein Pendant im § 7 JGG für Jugendliche müssen dahingehend geändert werden, dass unter Beibehaltung der strengen Tatbestandsvoraussetzungen (zwei unabhängige Gutachter, entsprechende schwere Delikte) die nachträgliche Sicherungsverwahrung weiterhin angeordnet werden muss, wenn neue Tatsachen die Gefährlichkeit belegen. Zu diesen muss ausdrücklich die Therapieverweigerung zählen. Darüber hinaus muss die nachträgliche Sicherungsverwahrung aber auch in den seltenen Einzelfällen angeordnet werden, wenn zum Zeitpunkt der anstehenden Haftentlassung eine objektive Gefährlichkeit des Straftäters vorliegt. Durch die

in der Sicherungsverwahrung alle zwei Jahre stattfindende Überprüfung der Gefährlichkeit des Straftäters ist die Wahrung des Rechtsstaatsprinzips sichergestellt.

Der Gesetzgeber muss den Mut besitzen, den klaren Willen zu artikulieren, dass er unter Berücksichtigung des Verhältnismäßigkeitsgrundsatzes und Wahrung des Rechtsstaatsprinzips die Allgemeinheit vor gefährlichen Rückfalltätern schützen möchte und eine entsprechende Abwägung zugunsten der Sicherheit der Bevölkerung vornimmt. Wenn die Gründe für eine Sicherungsverwahrung zum Urteilszeitpunkt vorlagen und dort die Anordnung der Sicherungsverwahrung zum Schutz der Allgemeinheit gerechtfertigt gewesen wäre, dann muss dies auch möglich sein, wenn genau diese Gründe zum Zeitpunkt der Haftentlassung vorliegen und damit die Gefahr für die Allgemeinheit ganz konkret besteht.

Es ist auch im Interesse des Straftäters – dies zeigt der aktuelle Fall – ihn vor weiteren Straftaten zu bewahren.

Der Gesetzgeber ist aufgefordert, die Regelungen zur nachträglichen Sicherungsverwahrung im Sinne der vorgenannten Ausführungen zu reformieren.

Ein weiteres Abwarten wird die Zahl von gefährlichen Straftätern in Freiheit erhöhen

- mit einem sehr hohen Risiko für die Bevölkerung
- mit hohen Kosten für die Überwachung der Straftäter
- und mit fatalen Folgen für das Vertrauen der Bevölkerung in das Funktionieren des Rechtsstaates.

Stellungnahme der Deutschen Kinderhilfe

Kampf gegen die Pädokriminalität im Internet: Forderungen der Deutschen Kinderhilfe

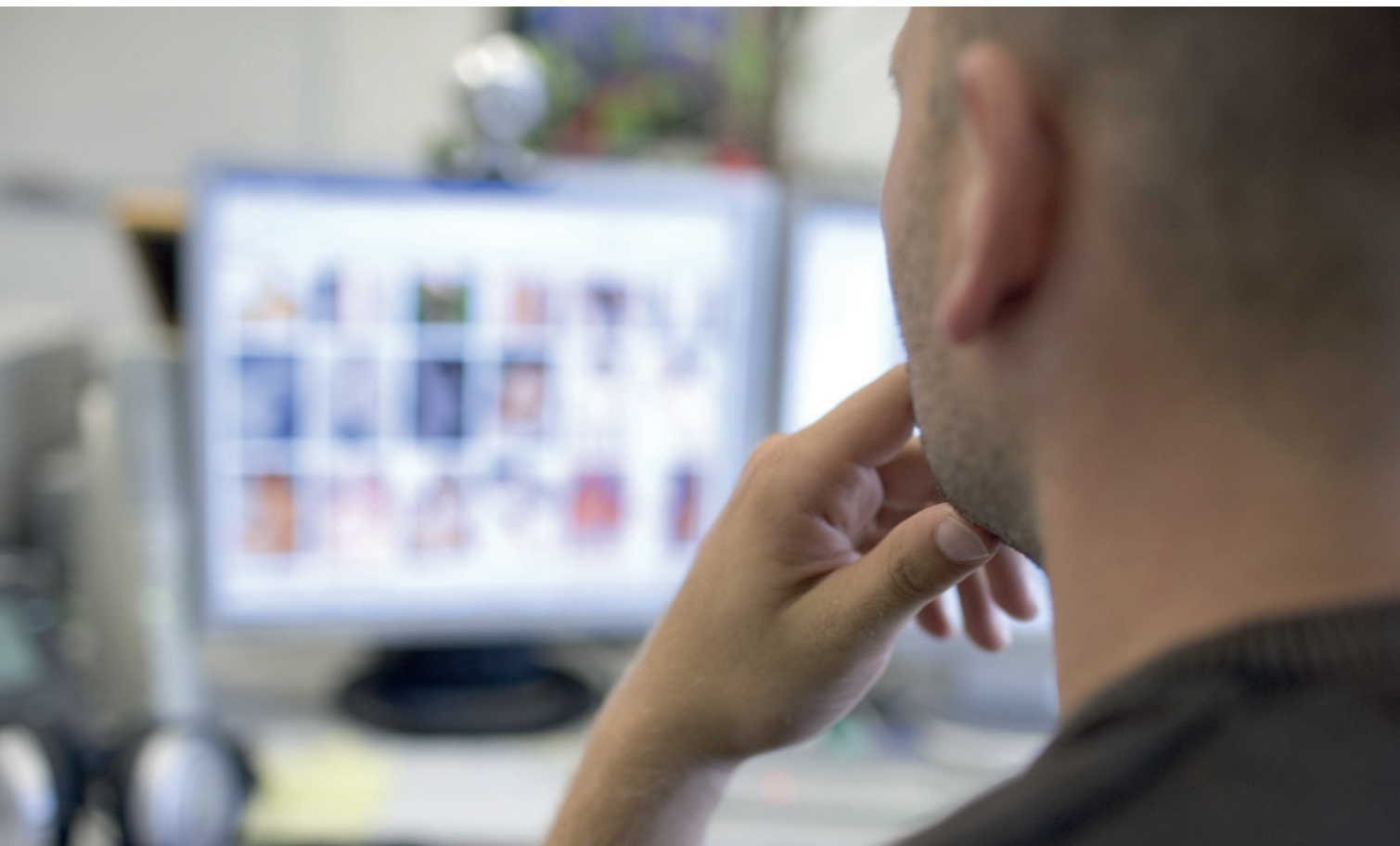
Seit Jahren engagiert sich die Deutsche Kinderhilfe für einen stärkeren Kampf gegen Pädokriminalität im Internet. Stets stieß sie bei der Politik auf taube Ohren. Während andere europäische Länder wie Schweden oder Großbritannien das Thema aktiv bearbeiten, blieb es in Deutschland bis zum Dezember 2008 weitgehend unbeachtet.

Das nun gescheiterte Gesetz zur Einführung des sog. Access blocking war der erste Schritt der Politik, etwas auf diesem Gebiet zu verändern. Kein großer Schritt, auch nicht der Durchbruch auf dem Weg im Kampf gegen die Profiteure, aber ein erster Schritt. Wer Politik kennt, weiß, dass ersten Schritten weitere folgen, weil das Thema damit in der öffentlichen Debatte ist, vor allen Dingen aber weil Politik an ihren Erfolgen

gemessen wird. Ohne zusätzliche Schwerpunktabteilungen, ohne bessere internationale Zusammenarbeit, ohne eine Verschärfung des Strafgesetzbuches, welches das Herunterladen von Hollywoodfilmen mit drei und das Herunterladen von Kinder"pornographie" dagegen nur mit zwei Jahren Haft ahndet, wird es keine nennenswerten Veränderungen geben – diese werden dann von der Öffentlichkeit eingefordert.

Forderungen der Deutschen Kinderhilfe im Kampf gegen Pädokriminalität im Internet

1. Einrichtung eines Runden Tisches mit Vertretern der Internetindustrie, Experten, Opferschutzverbänden, Polizeibehörden und den Initiatoren der Online-Petition gegen



das nun gescheiterte Gesetz, um die besten, effektivsten und aktuellsten technischen Sperrmöglichkeiten zu erarbeiten. Ein Runder Tisch ist jetzt dringend geboten, da das Gesetz nur ein Jahr „auf Eis liegt“. Neue wirksamere Sperrmöglichkeiten könnten daher entwickelt werden. Alle Beteiligten eint das Bemühen, Kinder„pornographie“ im Netz zu bekämpfen.

2. Einrichtung weiterer hoch qualifizierter Sonderermittlungsstellen in den Ländern.
3. Deutliche Personalaufstockung der Schwerpunktabteilungen „Sexueller Missbrauch von Kindern“.
4. Konsequentes Vorgehen gegen Betreiber einschlägiger Server und unverzügliche Sperrung bekannter Server.
5. Konsequentes Vorgehen gegen die Nutzer pädokrimineller Angebote im Netz.
6. Enge internationale Zusammenarbeit der Strafverfolgungsbehörden und Schaffung europaweiter einheitlicher Standards.
7. Schaffung einer internationalen schwarzen Liste, auf der Länder verzeichnet werden, die sich weigern, gegen Server mit pädokriminellen Inhalten vorzugehen und/oder die Zusammenarbeit mit deutschen Straf-

verfolgungsbehörden ablehnen. Ächtung und Isolierung dieser Länder bis hin zur Verhängung von Wirtschaftssanktionen oder, falls vorhanden, Streichung der Entwicklungshilfe.

8. Reform des Strafrechts: Das Strafmaß für das Herunterladen dieser widerwärtigen Gewaltvideos muss endlich erhöht werden. Immer noch wird das Herunterladen von Software und Hollywood-Filmen härter bestraft als das von pädokriminellen Dateien. Eine Erhöhung auf fünf Jahre (das gleiche Strafmaß gilt für Diebstahl) für die zahlenden Täter hinter den Tätern ist angemessen.
9. Sexualdelikte an Kindern in Deutschland werden im Gegensatz zu Raub oder Drogenhandel nur als Vergehen geahndet. Diese Delikte, die Opfer ihr Leben lang traumatisieren, müssen als Verbrechen geächtet werden.
10. Verbesserung des Opferschutzes: Die Möglichkeiten der Opfer, von den Tätern Schadensersatz zu verlangen, werden nicht durch das Straf-, sondern durch das Zivilrecht geregelt. Dort gelten die allgemeinen Verjährungsfristen des Zivilrechts. Dies schützt die Täter, denn häufig finden gerade kindliche Opfer erst viele Jahre nach der Tat den Mut, gegen ihre Peiniger auszusagen. Schadensersatzansprüche für ihr zerstörtes Leben sind dann nicht mehr möglich. Das Zivilrecht muss diesem Umstand im Interesse der Opfer Rechnung tragen.

Suzanne von Borsody
liest

August Diehl
spricht

Meret Becker
singt

Wenn einer von uns stirbt, geh`ich nach Paris.

Dokumentarfilm von Jan Schmitt

Demnächst im Kino

Buch / Regie: Jan Schmitt, Kamera: Axel Gerke, Assistent / Licht:
Produktion / Koproduktion: Jan Schmitt, Ania Harre
Dialogregie: Stefan Otteni, Darsteller: Michel Haebler
Liedtext: Sven Regener, Element of Crime

René Schenk, Schnitt: Ania Harre, Musik / Komposition: Guido Solarek
Redaktion: Fabian Sabo, Tonaufnahmen / Mischung: Thorsten Biernath
Sprecher: Suzanne von Borsody und August Diehl, Gesang: Meret Becker
Verleih: Film Kino Text

www.schmitt-film.de

www.filmkinotext.de

„Deine Hand kommt in meine und jede Hilfe zu spät.
Ein Glas auf uns und eins auf die See.“

Meret Becker singt „An Land“ von Element of Crime

Wenn einer von uns stirbt, geh' ich nach Paris

ist eine filmische Reise in die Abgründe einer ganz normalen Familie.

Am Anfang steht ein Selbstmord, ohne besondere Merkmale. Die jüngste von drei Schwestern kämmt sich die Haare, macht sich zurecht, legt Tagebücher, Fotos und einen Abschiedsbrief bereit, schluckt Tabletten und stirbt. Ein Schock für die Familie, doch Fragen werden keine gestellt. Nur dem jüngsten Sohn lässt das keine Ruhe, er beginnt nachzuforschen, will verstehen, warum sich seine Mutter mit 53 vergiftet hat. Jan Schmitt reist quer durch Deutschland, in die Türkei, nach Paris, spricht mit Freundinnen seiner Mutter, ihren Schwestern, stößt auf Akten aus einem Kinderheim, auf vertuschte Schwangerschaften, Verlogenheit, einen verzweiferten Mordversuch. Nach mehr als 50 Jahren kommt der Filmemacher einem schrecklichen Familiengeheimnis auf die Spur, dem seine Mutter zu entrinnen versucht hat. Sie wählte den Freitod, nicht freiwillig, und ihr Sohn erkennt, dass die Vergangenheit nicht vergangen ist, solange sie verschwiegen wird.

Der Film ist harter Tobak; persönlich, indiskret, empörend. Ganz leise und vorsichtig erzählt Jan Schmitt von einem Verbrechen, das in vielen Familien vorkommt. In sehr vielen. Es geht um sexuelle Gewalt an Kindern. Jedes dritte, vierte Mädchen und jeder siebte, achte Junge in Deutschland hat entsprechende Erfahrungen gemacht. Doch es wird weggeschaut, vertuscht und verdrängt.

Der Film zeigt auf exemplarische Weise, wie schwierig es für ein Opfer sexueller Gewalt ist, die Vergangenheit hinter sich zu lassen. Die Erinnerungen sind schmerzhaft, sie führen zu Alpträumen. Die Opfer schämen sich, fühlen sich wertlos, innerlich tot, haben das Gefühl, selbst Schuld zu sein, werden krank. Jahrzehntelange therapeutische Hilfe ist notwendig, um wieder halbwegs auf die Beine zu kommen.

Viele der sexuellen Gewaltverbrechen bleiben ungesühnt. In Deutschland verjährt sexueller Missbrauch nach zehn Jahren. Durch die Verjährungsfrist im Zivilrecht schützt der Gesetzgeber die Täter und nicht die Opfer. Unterstützen Sie deshalb auch die Beschwerde von Norbert Deneff (www.norbert.deneff.com/petition) vor dem Europäischen Gerichtshof für Menschenrechte, die mitgetragen wird von der Deutschen Kinderhilfe e.V. und dem Regisseur Jan Schmitt und seinem Film.

„Ein ebenso verstörender wie wichtiger Film.“ *Hamburger Abendblatt*

„Das Ende des Schweigens.“ *Frankfurter Rundschau*

„Ein zutiefst bewegendster Film, der zugleich ein wehmütiges Requiem, ein zärtlicher Nachruf und eine wütende Anklage ist.“ *Kino-Zeit.de*

„Der Film zeigt auf schmerzhaft eindrucksvolle Weise, wie verheerend die seelischen Verletzungen solcher Taten sind.“ *Taz*



www.filmkinotext.de

www.schmitt-film.de

Norbert Denef

Verjährungsfrist für sexuellen Missbrauch im Zivilrecht aufheben

Es heißt immer: „Brich dein Schweigen, dann bekommst Du Hilfe!“ Die Wirklichkeit sieht leider anders aus, denn in Deutschland gibt es eine gesetzliche Verjährungsfrist, welche die Opfer von sexualisierter Gewalt zum Schweigen zwingt.

Worum geht es?

Wer als Kind oder Jugendlicher zum Opfer eines Sexualverbrechens wurde, hat nach Erreichen der Volljährigkeit zehn Jahre Zeit, dieses Verbrechen zur Anzeige zu bringen und Schadenersatzansprüche gegenüber dem Täter geltend zu machen. Das bedeutet aber auch: Nach Ablauf des 27. Lebensjahres hat das Opfer überhaupt keine Möglichkeit mehr, gegen den Täter vorzugehen – weder strafrechtlich noch zivilrechtlich. Schlimmer noch: Wer nach Ablauf der gesetzlichen Verjährung über die Verbrechen spricht, die ihm angetan wurden, muss mit rechtlichen Konsequenzen, eventuell sogar mit einer Verleumdungsklage durch den Täter rechnen.

Die Folgen sind fatal, denn wenn Opfer dem Leid keine Worte geben dürfen und über ihren Schmerz nicht frei sprechen können, zerbrechen sie. Sexualisierte Gewalt ist das Ende der Kindheit und der Beginn lebenslanger Leiden an Körper und Seele. Scham- und Schuldgefühle manifestieren sich durch das gesetzlich verordnete Schweigen. Dadurch wird das Verbrechen in der Gesellschaft tabuisiert.

Warum besteht Handlungsbedarf?

Schwere Kapitalverbrechen (z. B. Mord oder Völkermord) sind in Deutschland unverjährbar. Das ist auch gut so, denn die Folgen solcher Verbrechen lassen sich niemals wieder gut machen. Auch Menschen, die sexualisierte Gewalt erlebt haben, leiden ihr Leben lang an den körperlichen und seelischen Folgen dieser Verbrechen. Viele Opfer können erst nach sehr langer Zeit über ihre Erlebnisse sprechen. Oft ist die Traumatisierung so schwer, dass die Kinder das Erlebte

Auszug aus dem Theaterstück „Alles muss raus“ von Wolfgang Spielvogel.

Der Text basiert auf Denefs autobiografischem Buch: „Ich wurde sexuell missbraucht“

Alles muss raus

Ich war am Ende
und ich weiß jetzt auch warum - -
ich kann´s noch nicht sagen,
ich hab da was,
aber ich habe die Sprache noch nicht dafür.
Vielleicht kann ich es anders sagen,
in fremden Worten, als Zitat,
kann sein, ihr habt sogar davon gehört,
ich zitiere:

„Als sich Kanadas Ministerpräsident Stephen Harper zu seiner Rede erhebt, um sich symbolisch für den Missbrauch an 150. 000 Kindern von Ureinwohnern zu entschuldigen, kann Willie Blackwater seine Tränen nicht mehr unterdrücken. Schmerzvolle Erinnerungen steigen in ihm hoch. Es war, er war Teil einer staatlichen Kampagne, die Kinder von Ureinwohnern umzuerziehen, den Indianer im Kind zu töten, sie zu normalen Menschen zu erziehen. Dabei waren sie der Willkür ihrer christlichen Erzieher schutzlos ausgeliefert. Die meisten wurden geschlagen, schikaniert und sexuell missbraucht. Dieses Trauma machen indianische Führer für den grassierenden Alkoholismus und Drogenmissbrauch in den Reservaten mitverantwortlich. „Die Erinnerungen schneiden wie kalte Messer in unsere Seelen.“

Was will ich sagen?

Dass auch ich missbraucht worden bin.
Dass auch ich missbraucht worden bin und schwere Schäden - -
Wenn ich oft viele Nächte nacheinander nicht schlafen konnte
und dann erschöpft zusammenbrach
und keine Erklärung dafür hatte - -
das hab ich ja immer alles für normal gehalten, alles.
(er überlegt) Zweimal alles ist zuviel.
Das hab ich ja immer für normal gehalten. Alles.
Normal.
Die Konsonanten schwingen lassen.
Normmmmal- I - I - I - II.
Jeder Verrückte denkt ja, er ist normal.
Und die Vokale. Ooooh. Und aaah.
Alles muss raus.
Das Schweigen brechen.
Diese tiefen Löcher, diese Jahre,
wo du zurückfällst um Jahre,
wo Jahre vergehen - -
Das Gefühl, etwas sagen zu wollen
und es nicht zu können,
ist vergleichbar einem Alptraum,
in dem man von etwas Schrecklichem wegrennen will
und es nicht kann.
Und die Monster sitzen mitten unter uns.

verdrängen müssen, um nicht daran zu zerbrechen. Bevor sie ihre Erinnerungen im Erwachsenenalter wieder zulassen können, vergehen nicht selten Jahrzehnte. Die Verjährungsfrist ist dann längst abgelaufen.

Hier besteht ein dringender gesetzlicher Nachbesserungsbedarf, denn durch die Verjährung werden Sexualstraftäter geschützt und die Opfer zum Schweigen verurteilt. Den Opfern ist es auf diese Weise kaum möglich, ihr Trauma aufzuarbeiten. Deshalb fordern wir die Aufhebung der zivilrechtlichen Verjährungsfrist bei Sexualstraftaten an Kindern und Jugendlichen. Es geht uns bei unserer Forderung nicht um Rache am Täter, sondern um Gerechtigkeit für die Opfer. Mit Ihrer Unterschrift können Sie dazu beitragen, diesem Ziel ein kleines Stück näher zu kommen.

Wer ist der Initiator?

Norbert Denef hat selbst sexualisierte Gewalt erlebt und setzt sich seit vielen Jahren für die Rechte von Menschen ein, denen es ebenso ergangen ist. Im August 2007 reichte er seine Petition „Verjährungsfrist für sexuellen Missbrauch im Zivilrecht aufheben“ beim Petitionsausschuss des Deutschen Bundestages ein. Dieser hat die Petition im Dezember 2008 abgelehnt. Dagegen ist nun eine Beschwerde beim Europäischen Gerichtshof für Menschenrechte vorgesehen. Fast 6.000 Menschen haben sich dieser Beschwerde bereits angeschlossen.

Wir würden uns freuen, wenn auch Sie die geplante Beschwerde vor dem Europäischen Gerichtshof für Menschenrechte mit ihrer Unterschrift unterstützen möchten. Auf der Homepage von Norbert Denef finden Sie weitere Informationen:

Wo kann ich unterschreiben?

www.norbert.denef.com/petition

www.norbert.denef.com/petition



Norbert Denef

Der Autor hat selbst sexualisierte Gewalt erlebt und setzt sich seit vielen Jahren für die Rechte von Menschen ein, denen es ebenso ergangen ist.

Impressum



Deutsche Kinderhilfe e.V.

Haus der Bundespressekonferenz
Schiffbauerdamm 40
10117 Berlin

Telefon 030 - 24 34 294-0
Telefax 030 - 24 34 294-9
Email info@kinderhilfe.de

Geschäftsführender Vorstandsvorsitzender:
Georg Ehrmann

Vereinsregister des AG Charlottenburg VR-Nr. 19957 Nz
Anerkannt als gemeinnützig im Sinne der AO
Finanzamt Berlin St.-Nr. 663/55753

Anzeigenverwaltung

Verlag Volker Herrmann –
Elbestraße 46
60329 Frankfurt

Telefon 069 - 24 27 989-0

Bildnachweis

Titel	©Marzanna Syncerz / fotolia
Seite 4	©Deutsche Kinderhilfe / fotolia
Seite 6	©Claudia Gerlach / Deutsche Kinderhilfe
Seite 7	©Peter Himsel / Deutsche Kinderhilfe
Seite 8	©Claudia Gerlach / Deutsche Kinderhilfe
Seite 10	©Claudia Gerlach / Deutsche Kinderhilfe
Seite 12	©Franz Pfluegl / fotolia
Seite 15	©dpa
Seite 18	©ddp
Seite 21	©Schweriner Volkszeitung
Seite 26	©dpa

In Wohngebieten erlaubt – Kinder nicht

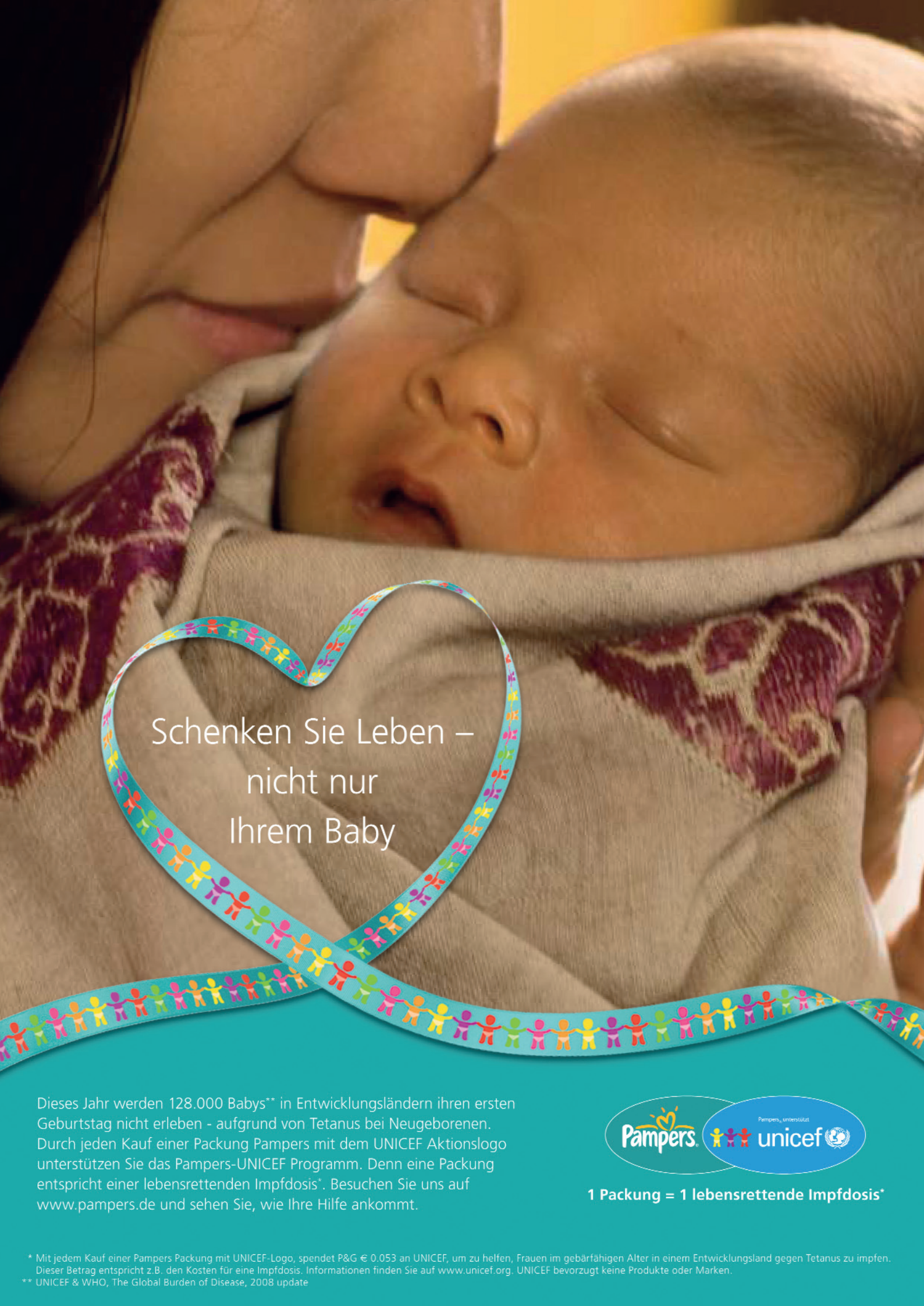


Spielende Kinder sind nach höchstrichterlicher Rechtsprechung in reinen Wohngebieten „unzumutbare Lärmverursacher“, denn für sie gilt ebenso wie für Rasenmäher das sog. „Bundesimmissionsschutzgesetz“. Die Deutsche Kinderhilfe ist die politisch unabhängige Stimme für Kinder und setzt sich für eine kinderfreundliche Gesellschaft in Deutschland ein. Unterstützen Sie uns bei der wichtigen Lobbyarbeit für Deutschlands Kinder.

Rufen Sie uns an oder schreiben Sie uns, Deutschlands Kinder brauchen Ihre Stimme!

Deutsche Kinderhilfe e.V. · Schiffbauerdamm 40 · 10117 Berlin

Telefon 030 - 24 34 294-0 · Fax 030 - 24 34 294-9 · info@kinderhilfe.de · www.kinderhilfe.de



Schenken Sie Leben –
nicht nur
Ihrem Baby

Dieses Jahr werden 128.000 Babys** in Entwicklungsländern ihren ersten Geburtstag nicht erleben - aufgrund von Tetanus bei Neugeborenen. Durch jeden Kauf einer Packung Pampers mit dem UNICEF Aktionslogo unterstützen Sie das Pampers-UNICEF Programm. Denn eine Packung entspricht einer lebensrettenden Impfdosis*. Besuchen Sie uns auf www.pampers.de und sehen Sie, wie Ihre Hilfe ankommt.



1 Packung = 1 lebensrettende Impfdosis*

* Mit jedem Kauf einer Pampers Packung mit UNICEF-Logo, spendet P&G € 0.053 an UNICEF, um zu helfen, Frauen im gebärfähigen Alter in einem Entwicklungsland gegen Tetanus zu impfen. Dieser Betrag entspricht z.B. den Kosten für eine Impfdosis. Informationen finden Sie auf www.unicef.org. UNICEF bevorzugt keine Produkte oder Marken.

** UNICEF & WHO, The Global Burden of Disease, 2008 update